8e Année | No 10 | 1er Octobre 1887

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie.

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION

S'adresser à M. le Docteur E. J. MOURE, 2, cours de Tournon, Bordeaux.

ABONNEMENT

France . . . . 10f | Étranger. 12f

LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1er JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS QUE POUR UN AN

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXVII

PRIX DU NUMÉRO : DEUX FRANCS

SOMMAIRE

N° 10. — Octobre 1887.

Travaux originaux

E. J. Moure : Considérations cliniques sur les troubles de la voix dans la laryngite catarrale aiguë. — **O. Chiari** : De la « Pharyngomycose Leptothricea ».

Sociétés savantes

Compte rendu du Congrès international des Sciences médicales de Washington. — **H. T. Richard** : Les causes du soit-disant « hay fever », de l'asthme nasal et d'affections analogues, étudiées au point de vue clinique. — **J. P. Klingesmith** : La fièvre des foins. — **Lennox-Browne** : Idées actuelles sur la pathologie et le traitement de la tuberculose du larynx. — **Rankin** : Quelques remarques sur l'histoire de la rhinologie. — **W. Porter** : Hémorrhagies périodiques des voies aériennes. — **W. E. Casselberry** : Traitement des papillomes du larynx.— **X...** : Diagnostic différentiel des affections laryngées tuberculeuses, syphilitiques et rhumatismales. — **E. F. Ingals** : De la laryngite rhumatismale chronique. — **A. B. Thrasher** : La résorcine dans le traitement du catarrhe nasal. —

Compte rendu de la Société d'Otologie d'Amérique. — **Ch. H. Burnett** : Examen de quinze sourds-muets au moyen de l'otophone Maloney. — **Sexton** : L'excision des osselets du tympan dans les cas d'inflammation purulente chronique de l'oreille moyenne. — **Theobald**: Affections syphilitiques dn labyrinthe.

Revue générale, Analyses

Oreilles. — **Seligman** : Des kystes du pavillon. — **J. B. Story** : Exostose du conduit auditif. — **J. Ward Cousins** : Les bourdonnements d'oreille et leur traitement. — **Ralph W. Seiss** : Une nonvelle méthode du traitement du catarrhe chronique de l'oreille. — **C. H. Burnett** : Otite moyenne suppurée chronique ; sa nature, son traitement. — **W. H. Harsant** : Un cas d'otite moyenne suppurée, thromhose et phléhite du sinus latéral.—**W. Macewen** : Un cas d'ahcès cérébral dû à nne otite moyenne. — **F. Weis** : Du traitement chirurgical des ahcès dn cerveau consécutifs à une affection de l'oreille. —**J. Morrison Ray** : Les maladies de l'oreille, complication des fièvres éruptives. — **Reynaud** : Du rôle de la décompression hrusque dans les accidents nerveux consécutifs aux explosions de grisou. **Beugniez-Corbeau** : Chute foudroyante produite par certains hruits aigus.

Bouche et Pharynx buccal. — **W. J. Weeler** : Pharyngocèle et dilatation du pharynx guéri par la pharyngotomie. — **Lecerf** : Atrésie accidentelle de l'orifice huccal, chéiloplastie. — **W. Vignal** : Recherches sur les micro-organismes de la houche. — **Wendell Philipp** : Contribution à l'étude des maladies de la luette. — **Hingston Fox** : Fonctions des amygdales. — **X...** : Ulcérations du voile du palais et du pharynx. Sarcome de l'amygdale.— **Campana** : Une variété d'herpès huccal.—**Descroizilles** : D'un cas de croup opéré et guéri, suivi de quelques réflexions sur la trachéotomie pratiquée d'après les procédés rapides.—**Cacciola** : Lésions anatomo-pathologiques dans un cas de paralysie lahio-gloso-laryngées.

Larynx et Trachée. — **Hunter Mackenzie** : La laryngite chronique et ses suites. — **Christophe Lewis** : Ohservations cliniques de syphilis du larynx. — **Luc** : Parésie des dilatateurs glottiques ayant permis de diagnostiquer un déhut de tahes dorsalis. — **Frank Donaldson** : Paralysie des muscles adducteurs latéraux du larynx ; cas unique. — **Carpenter** : Aphonie due à nne tumeur sous-glottique (? congénitale); opération, guérison. — **Christopher Nixon** ; Œdème de la glotte. — **Cheatham** : Trachéotomie dans un cas d'œdème de la partie supérieure du larynx, guérison. — **Tipton** : Tubage du larynx chez un nègre, guérison. Le tubage du larynx suhstitué à la trachéotomie. — **Ad. Dumas** : Pendant l'incubation du croup, n'existe-t-il pas de médication antiseptique préventive ? — **G. W. Mason** : Tubage du larynx. — **X...** Rétrécissement de la trachée-artère, à la suite de la trachéotomie.

Index Bibliographique

Bouche et Pharynx huccal. — Nez et Pharynx nasal. — Larynx et Trachée. — Oreilles.— Croup et Diphtérie. — Varia (corps thyroïde, œsophage, parotide, cou, etc.). — Nouvelles.

Société Française d'Otologie et de Laryngologie.

Conformément à l'Article 12 du Statut Règlement, l'ouverture de la Session ordinaire aura lieu Jeudi, 20 Octobre prochain; le lieu et l'heure de la réunion seront indiqués ultérieurement dans la circulaire de l'Ordre du jour des séances (*Décision du Comité du 23 Août 1887*).

1° Art. 29. — « Le manuscrit de tout mémoire présenté ou lu dans les séances de la Session ordinaire ou générale sera écrit en Français. »

« Il doit être adressé au Secrétaire, ou déposé au plus tard sur le bureau, dans la séance où doit avoir lieu la lecture. »

A défaut du manuscrit, le titre des communications sera adressé à M. le Secrétaire avant le 25 Septembre prochain.

2° Art. 4. — Pour être nommé membre titulaire, il faut remplir les conditions suivantes :

1° Etre Docteur en médecine;

2° Adresser une demande d'admission à M. le Sccrétaire;

3° Joindre à cette demande un mémoire imprimé ou inédit sur les travaux dont s'occupe la Société;

4° Etre présenté par deux membres titulaires. »

3° Art. 39. — « Tout membre qui, après deux avertissements officiels, aura laissé s'écouler une année entière sans verser entre les mains du trésorier, M. le Docteur Ménière, 3, place de la Madeleine, le montant (15 fr.) de sa cotisation sera considéré comme démissionnaire. »

Avis. — Les Sociétaires qui se rendront à Paris pour participer aux travaux de la session trouveront aux diverses stations des chemins de fer français et étrangers, des billets aller et retour avec avec réduction de 25 0/0 sur les tarifs.

Pour le Comité : le secrétaire, Docteur Moura, 72 bis, rue d'Amsterdam.

8e Année. N° 10. 1er Octobre 1887.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES SUR LES TROUBLES DE LA VOIX DANS LA LARYNGITE CATARRHALE AIGUE.

Par le Dr E. J. MOURE (1).

Les altérations de la voix dans le cours de la laryngite aiguë ont surtout été étudiées par MM. Krishaber et Peter dans leur article du dictionnaire encyclopédique (2). Ces auteurs consacrent un assez long paragraphe à la physiologie pathologique de la phonation, énumérant les diverses altérations de la muqueuse (gonflement des cordes vocales, hypersécrétion) qui viennent entraver cet acte physiologique. Non seulement les cordes vocales sont épaissies, disent-ils, mais les muscles tenseurs ont perdu partiellement leur énergie, par le fait même de leur participation à l'inflammation. Il résulte de ces conditions physiques et dynamiques que les cordes sont relâchées, inégalement tendues ou incapables de l'être, ce qui fait que la voix est rauque d'abord, puis grave, par diminution de la tension, puis éteinte, par abolition complète de cette tension : « L'extinction de la voix, » ajoutent encore ces auteurs, peut aussi résulter » d'un gonflement excessif des cordes vocales supérieu- » res qui s'appliquent alors sur les inférieures et empê- » chent les vibrations de celles-ci. Enfin, les cordes » vocales gonflées et recouvertes de mucosités se tou- » chent par instants, des nœuds de vibration se forment, » le nombre de ces vibrations devient plus considérable, » et, par conséquent, le son est plus aigu. Ainsi, s'expli- » querait ce fait bizarre en apparence qu'on observe » parfois dans la laryngite, que la voix enrouée, rauque, » change brusquement de ton, passe du grave à l'aigu » sans transition, et prend le timbre de la voix de » fausset. »

(1) Communication faite à l'Association française pour l'avancement des sciences, Toulouse, 1887.

(2) T. I, 2e série, p. 584.

Pour Ziemssen (1), c'est surtout le défaut de parallélisme des cordes, dont le bord libre offre un bord concave formant une glotte ouverte qui produit les principales modifications de la voix dans les inflammations aiguës de la muqueuse laryngée. Toutefois, cet auteur, dans les figures qui accompagnent sa description, mentionne la paralysie de certains muscles isolés et particulièrement de l'ary-aryténoïdien. Les idées et dessins de Ziemssen ont été reproduit par d'autres auteurs et particulièrement par Solis Cohen (2) et Lennox-Browne (3). Suivant Gerhardt (4) la cause de cet état serait le plus souvent la paralysie et la parésie des muscles thyro-aryténoïdiens; Morell-Mackensie (5) partage l'opinion de Ziemssen en admettant que la tension longitudinale et peut-être transversale des cordes, est incomplète et probablement inégale.

Il résulte de ce court aperçu que l'opinion généralement admise pour expliquer les troubles de la voix dans le cours de la laryngite catarrhale aiguë est l'existence soit de lésions matérielles empêchant le fonctionnement des cordes vocales, soit d'un trouble musculaire occasionné par l'inflammation de la muqueuse sus-jacente, trouble qui se manifesterait surtout du côté des rubans vocaux, empêchant leur tension et leur juxtaposition complète au moment de l'émission du son.

La théorie des nœuds de vibration émise par Krishaber et Peter, quoique très ingénieuse et savamment exposée, séduisante même en apparence, ne nous paraît pas confirmée par l'examen clinique du malade. En effet, si l'on examine le larynx d'un sujet atteint de laryngite aiguë simple, offrant les troubles si caractéristiques de

(1) *Handb. der Krank. des respirat. appar.*, T. I, 1879, p. 215.

(2) *Diseases of the throat and nas. passages*, 1879.

(3) *The throat and its diseases* (2e édit., Londres, 1887).

(4) *Handb. der Kinderkrank. Tubingen*, 1878.

(5) *Traité des mal. du larynx.* Traduit par E. J. Moure et Bertier, Paris, 1882, p. 372.

la voix dans cette affection, dysphonie, raucité, passage rapide d'un registre à un autre, aphonie même dans certains cas, il nous sera facile de constater qu'à chacune de ces modifications du timbre et de la hauteur du son, correspond un état pathologique à peu près spécial.

La lésion n'est pas toujours unique, pas plus que les troubles de la voix ne sont constamment les mêmes.

S'il est des cas où les troubles phonétiques proviennent directement du gonflement de la muqueuse vocale, il faut bien dire que généralement ces altérations ne s'observent que dans ce que l'on appelle la *laryngite intense*. En effet, dans l'inflammation catarrhale simple de la muqueuse laryngienne, les signes objectifs semblent fort peu marqués, et au premier aspect, l'on s'expliquerait difficilement les troubles vocaux considérables qui résultent d'une lésion aussi légère en apparence.

L'infundibulum laryngien, l'épiglotte et ses replis sont d'un rouge plus ou moins vif, mais les cordes vocales sont parfois simplement rosées, légèrement dépolies à leur surface et laiteuses. Dans les cas plus prononcés, elles peuvent même être rouges et légèrement inégales à leur surface, mais ce n'est évidemment pas dans cet état inflammatoire *objectif* qu'il faut chercher l'explication de la dysphonie ou de la perte complète de la voix dans certains cas. Ne sommes-nous pas habitués à voir des malades ayant des altérations matérielles des lèvres glottiques bien autrement considérables et cependant parler d'une voix *uniformément* enrouée. Si la lésion des cordes vocales supérieures ou inférieures explique en partie la modification de la voix, l'enrouement *régulier* et uniforme, elle ne saurait fournir l'explication des divers changements qui s'opèrent d'une minute à l'autre, souvent même dans la prononciation d'une même syllabe, au cours de la laryngite aiguë. Il nous faut donc chercher ailleurs l'explication de ce phénomène, et avec les auteurs que nous avons cités, admettre l'existence d'un trouble musculaire qu'il est du

reste facile de constater à l'examen laryngoscopique.

Avec eux, nous admettrons volontiers que c'est le défaut de parallélisme des cordes vocales, leur tension irrégulière, conséquence de la parésie ou paralysie des thyro-aryténoïdiens, qui constitue une des causes des troubles phonétiques. Toutefois, si le muscle précédent, situé dans l'épaisseur des cordes vocales, est singulièrement exposé, par sa situation anatomique, à subir les atteintes de l'inflammation catarrhale, il en est un autre, aussi important que le précédent pour la production du son, qui se trouve lui aussi placé directement au-dessous de la muqueuse laryngienne, et qui, par ce fait, offre une prise considérable aux atteintes du mal ; c'est l'ary-aryténoïdien occupant seul la partie postérieure de l'organe vocal, rapprochant, au moment où il se contracte, les deux aryténoïdes l'un de l'autre, fermant en arrière la glotte inter-cartilagineuse. Ce muscle offre, en effet, une surface relativement considérable, et, plus facilement que tout autre, il se trouve exposé, lorsque la muqueuse qui le recouvre est le siège d'une inflammation aiguë.

Or, nous savons cliniquement (1) que la paralysie *isolée* de ce muscle suffit pour produire l'*aphonie complète*, tandis que sa parésie occasionne une raucité plus ou moins prononcée, non seulement de la voix, mais de la toux qui prend alors le timbre croupal. Il nous sera donc assez facile de comprendre que ce muscle, presque toujours plus ou moins atteint dans la laryngite aiguë, joue un rôle très important dans les modifications de la voix qui se produisent au cours de cette maladie. L'inflammation catarrhale de la muqueuse laryngienne figure, du reste, dans l'étiologie de la paralysie isolée de l'ary-aryténoïdien (2), et l'un de mes élèves, M. le

(1) *E. J. Moure, Clinique sur les maladies du larynx,* Paris 1884. T I. fasc. I. p. 39.

(2) *Bosworth, A manual of diseases of the throat and nose,* p. 340, New-York, 1881.

Dr Lecointre(1), a parfaitement insisté sur cette particularité. Aussi, tout en reconnaissant avec Mandl (2) que l'appréhension que fait éprouver au malade la sensibilité exagérée de son larynx est une cause d'aphonie, nous serons tout aussi disposé à admettre que c'est la paralysie ou la parésie de l'ary-aryténoïdien qui constitue le facteur le plus important de l'aphonie. Avec l'auteur précédent, nous expliquerons le passage rapide de la voix grave à l'aigu par la contraction inégale des fibres musculaires de l'aryténoïdien transverse. S'il reste en partie relâché, le son est éteint, voilé ou rauque, et si brusquement il se contracte, pendant l'effort exagéré, les cordes vocales se mettent en position de voix de fausset et la note sort aiguë et criarde. La contraction irrégulière des cordes vocales produit au contraire la bitonale, enrouée, grave, la disphonie même, dans les cas où une mucosité visqueuse vient se fixer vers la partie moyenne des rubans vocaux, ou lorsque le thyro-aryténoïdien se contracte d'une manière inégale.

Il est du reste très facile de vérifier, par l'examen direct de l'organe, l'exactitude du fait que je viens d'avancer. Il arrive souvent qu'au moment de l'émission du son, on voit les cordes vocales se rapprocher spasmodiquement, tâtonnant en quelque sorte pour arriver à produire un son qui, voilé d'abord, sort ensuite très aigu, puis éteint.

Dans ce cas, on constate très souvent, au début, une tension anormale des cordes vocales qui arrivent à se tendre presque brusquement au moment de l'émission du son; puis, subitement, les deux aryténoïdes s'écartent légèrement l'un de l'autre, laissant passer l'air et occasionnant l'aphonie. L'ary-aryténoïdien, comme fatigué de cet excès de tension, se relâche soudain, empêchant alors l'émission du son.

(1) *Lecointre, Etude sur la paralysie isolée du muscle ary-aryténoïdien.* Thèse de Bordeaux 1883.

(2) *Mandl, Traité prat. des mal. du larynx,* 1872, p. 662-63.

D'autres fois, c'est d'emblée que l'on voit, en arrière de l'organe vocal, le triangle glottique caractéristique de la paralysie aryténoïdienne, avec l'épiglotte abaissée, comme elle l'est toujours dans ces cas. Le malade est alors aphone jusqu'au moment où, sous l'influence d'un effort, une contraction brusque et irrégulière vient produire un son en rapport avec l'état de la tension musculaire.

Chez les enfants, il est assez habituel de voir la laryngite aiguë accompagnée non seulement de troubles vocaux, mais surtout d'une toux rauque, croupale, qui effraie les parents et quelquefois le médecin. C'est encore à l'inflammation de la muqueuse postérieure du larynx qu'il faut attribuer l'existence de ce phénomène, ainsi que les accès d'oppression (spasmes) qui accompagnent très souvent cette affection. C'est l'oblitération spasmodique de la glotte inter-cartilagineuse qui produit les crises de suffocation chez ces petits êtres dont l'orifice antérieur est si peu développé. Plusieurs fois j'ai eu l'occasion d'examiner des enfants chez lesquels on redoutait l'existence du croup, et presque toujours l'examen laryngoscopique me révéla l'existence d'une inflammation très nette de la région ary et inter-aryténoïdienne. Cette lésion disparue, la raucité de la toux cessait du reste aussitôt. C'est là un diagnostic différentiel qu'il est très facile de faire, si l'on veut bien se donner la peine de pratiquer l'examen de l'organe vocal, lorsque la chose est possible, et elle l'est bien souvent. En résumé, basé sur des examens de malades nombreux je crois pouvoir tirer de cette étude les conclusions suivantes :

1° Dans la laryngite catarrhale aiguë, habituelle, les modifications prononcées de la voix, résultent plus souvent de troubles musculaires que de lésions matérielles de la muqueuse vocale (Gonflement, érosions, etc.).

2° Les muscles le plus souvent atteints sont les thyro-aryténoïdiens et l'ary-aryténoïdien.

3° C'est surtout la parésie ou la paralysie de l'aryte-

noïdien transverse qui expliquent la raucité de la voix et de la toux et l'aphonie que l'on observe dans le cours de cette affection.

DE LA « PHARYNGOMYCOSE LEPTOTHRICEA »

par le Dr O. CHIARI,
Docent de Laryngologie et de Rhinologie à Vienne (1).

Etant donné le nombre relativement rare d'observations de pharyngomycose publiées jusqu'à ce jour, il m'a semblé bon de fournir de nouveaux documents statistiques sur ce sujet. C'est déjà pour moi une première raison de faire cette communication. En outre, deux de mes observations présentent des différences avec celles d'Hering (2), car les masses de champignons (Pilzmassen), paraissaient facilement exprimables en grumeaux caséeux et n'existaient jamais sous forme de concrétions dures.

Obs. I. — Demoiselle Sch..., vingt ans, bien portante et robuste, vient me consulter en février 1886. Elle se plaint de démangeaisons dans la gorge, existant depuis des mois. Sur les amygdales légèrement hypertrophiées, sur la partie postérieure du voile du palais, sur la base de la langue et sur les parois latérales et postérieures du pharynx, on remarquait une couche blanche, résistante, fermement adhérente et ne se laissant détacher qu'avec beaucoup de difficulté. Dans certains points, ces productions superficielles étaient isolées, ayant l'aspect d'îlots longs de quelques millimètres, parfois même jusqu'à un demi-centimètre. Les uns, effilés, ressemblaient à des stalactites, d'autres étaient au contraire arrondis. La résistance variait suivant les points ; les plus résistants de ces îlots étaient ceux qui avaient la forme de stalactites.

L'examen microscopique, après coloration par la solution iodée de Lugol, révélait l'existence de ces différentes formes dans les masses principales qui étaient constituées par des

(1) Traduit de l'allemand par M. Natier.
(2) *Zeitschrift f. klin. medic.* Bd VII, *Heft* 4.

champignons filiformes et par des cocci agglomérés. Quant aux parties résistantes, elles produisaient après réaction par l'acide chlorhydrique un dégagement de gaz très manifeste, d'où il était possible de conclure à la présence de chaux avec dégagement d'acide carbonique. Cependant comme il en restait une partie non dissoute par l'acide nitrique, il était évident qu'il y avait aussi de l'acide silicique, lequel est probablement dû, de même que les sels de chaux, à l'action physiologique des champignons eux-mêmes.

Quant aux portions qui pénétraient dans l'intérieur des tissus, quelques-unes d'entre elles étaient tout à fait molles, se laissant très facilement exprimer, et la masse principale était presque constituée par ces filaments de leptothrix et ces groupes de cocci. On trouvait encore dans ces masses des cellules épithéliales de la cavité buccale, ainsi que des cellules lymphoïdes. Certains groupes exhalaient comme une odeur de fromage désagréable. Les différentes couches superficielles ou profondes étaient absolument dépourvues de toute espèce de zone inflammatoire.

Comme traitement, enlèvement des productions avec la cuillère tranchante et cautérisation des points suspects au galvano-cautère. Néanmoins, elles se reformaient très vite et avec persistance. En définitive, il m'a été impossible de les faire disparaître complètement, bien que j'aie soigné la malade pendant deux mois et qu'elle ait, d'après mon conseil, fumé beaucoup de cigarettes.

Obs. II. — Un monsieur de vingt-deux ans, très sain, très robuste et du meilleur monde, vint, en octobre 1884, me consulter pour une saveur mauvaise de la bouche qu'il éprouvait depuis plusieurs années en même temps qu'il lui arrivait en crachant de rejeter des masses caséeuses.

A part cela, il ne ressentait dans la gorge aucun malaise. Plusieurs fois déjà, on lui avait fait dans le pharynx des badigeonnages et il se gargarisait avec des liquides désinfectants; mais il n'obtenait que des résultats passagers.

A l'examen, on constatait de petits points jaunâtres sur

l'amygdale gauche, et au-dessus d'elle, dans l'espace circonscrit par les deux piliers, existaient des points semblables qui se retrouvaient à la même place du côté droit, mais en bien moins grande abondance. On faisait par expression sortir des amygdales une grande quantité de matière caséeuse gris jaunâtre surtout considérable dans les cryptes amygdaliennes qui étaient même quelque peu agrandies; les grumeaux étaient constitués par des amas de *leptothrix* et par des *cocci*. Les filaments dans une solution d'iode se coloraient en bleu et apparaissaient très longs. Il était facile de montrer leur organisation; on pouvait aisément diviser en plusieurs autres plus petits le grand filament. Le plus souvent les filaments réunis formaient des touffes épaisses.

L'enlèvement des plaques de champignons et les cautérisations consécutives des cryptes avec le galvano-cautère et le nitrate d'argent ne purent réussir à empêcher leur repullulation; mais grâce à un badigeonnage avec une solution de sublimé au 1/1000e et à des gargarismes avec la même solution au 1/10000e on vit les masses de champignons disparaître d'une façon définitive. La base de la langue et les parois de la gorge n'avaient jamais été atteintes par l'affection.

L'intérêt de ces deux cas est dû à ce que les masses pouvaient être facilement exprimées, ce qui est en désaccord avec les observations de Hering (1) et de Tœplitz (2). Ils doivent être néanmoins rangés au nombre des cas de *pharyngomicosis leptothricia* pour plusieurs raisons : d'abord, parce que les productions étaient constituées par des champignons et ensuite parce que celles-ci se reformaient très rapidement et donnaient toujours lieu à des champignons; enfin, il n'existait sur leur pourtour qu'une réaction inflammatoire absolument insignifiante.

Jacobson (de Saint-Pétersbourg) (3) a rencontré de semblables masses facilement séparables et consistant essentiellement en leptothrix agglomérés.

(1) *Zeitschrift f. Klin. medic.* Bd VII, H. 4.
(2) *New-York medic. Press,* Déc. 1886.
(3) Wratch, nos 27, 29 *u. Centralblatt f. Lar. Rhinol,* etc., octobre 1885.

J'en ai, de plus, observé un troisième cas qui vient corroborer cette opinion.

Obs. III.— D. W.,., âgé de vingt-sept ans, vint me consulter en novembre 1884, pour une saveur désagréable qu'il éprouvait à chaque saison nouvelle, et cela depuis un an. L'affection durait plusieurs semaines chaque fois pour disparaître ensuite. L'examen révéla une légère tuméfaction des amygdales et l'existence de nombreuses petites lacunes d'où l'on pouvait par expression faire sortir facilement de petites masses blanc jaunâtre sentant mauvais. Au microscope on reconnut qu'il s'agissait de filaments de *leptothrix* avec des groupes de *cocci* en moins grande quantité ; il y avait, en outre, quelques cellules d'épithélium pavimenteux accompagnées de cellules lymphoïdes. La coloration se fit parfaitement avec la solution iodée.

Dans le cas particulier, on obtint, grâce aux cautérisations galvaniques, une guérison complète au bout de quatre semaines.

A notre avis, il résulte manifestement, d'après les trois observations que nous avons rapportées, qu'il s'agissait, dans ces cas, d'une prolifération abondante de leptothrix buccalis dans la gorge. Le premier cas est en conformité parfaite avec celui décrit par Hering et Tœplitz (1), car les masses blanches étaient en effet résistantes, effilées et fermement adhérentes à l'épithélium. Mais dans les deux autres cas, ces mêmes masses pouvaient être facilement exprimées; elles étaient constiuées presque absolument par des colonies de leptothrix, elles récidivaient d'une façon opiniâtre; de plus, l'affection durait depuis plusieurs années sans causer de troubles notables, il n'existait qu'une faible réaction inflammatoire de voisinage; autant de raisons qui m'obligent à chercher une explication dans la prolifération des champignons; c'est pourquoi je dois ici donner mon opinion sur la « *Pharyngomycose leptothricia* ».

(1) *Loc. cit.*

Quoi qu'on en ait dit, la forme de cette mycose n'est pas toujours semblable à elle-même. En effet, les adhérences du leptothrix à la muqueuse sont tantôt plus fermes, tantôt plus lâches. Mais il existe au fond des points communs : longue durée de l'affection, récidive facile, guérison laborieuse, qui sont autant de signes certains de *mycose*.

La *pharyngomycose* se distingue des formes chroniques de l'angine folliculaire et des concrétions des cryptes amydaliennes. Dans chacune de ces deux maladies, en effet, les champignons du leptothrix, si toutefois il en existe, ne s'observent qu'en très petit nombre; de plus, on obtient, par la cautérisation des cryptes, une guérison facile et durable.

L'angine folliculaire aiguë se reconnaît à sa disparition rapide et aux symptômes inflammatoires qui lui font cortège, tels que : rougeur, tuméfaction, douleur à déglutition. Il est vrai, néanmoins, que l'on peut, dans ces cas, trouver dans les bouchons sortant des cryptes, des champignons isolés, comme on peut aussi en rencontrer en masses séparées et blanchâtres (1). Enfin, il est encore possible de voir la mycose se greffer sur une angine folliculaire comme l'a déjà démontré Tœplitz, et pour cela, il suffit d'une prolifération excessive des champignons.

En matière de conclusion, je me permettrai de demander si l'on doit regarder la « *pharyngomycose leptothricia* » comme une maladie propre? Si l'on considère qu'à côté de cas où on trouve des masses résistantes, fermement implantées, il en existe d'autres où elles sont au contraire peu résistantes et faiblement adhérentes; que parfois il se trouve des champignons dans les produits de l'angine folliculaire, quoique en moindre quantité cependant, et que, par suite, la pharyngomycose peut, dans une certaine mesure, provenir de l'angine follicu-

(1) Gruening. *Archives of Laryng.* Vol. III, nº 2 1882.

laire, qu'enfin les champignons du leptothrix se trouvent constamment dans la bouche; je serai disposé à croire pour ma part qu'il s'agit d'une prolifération excessive, opiniâtre, de ces mêmes champignons, plutôt que d'une maladie spéciale, qui, du reste, occasionnerait fort peu d'inconvénients.

COMPTE RENDU

DU

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

De Washington (1).

SECTION DE LARYNGOLOGIE

Président : Le Dr W. Daly, de Pittsburg.

Secrétaires : Les Drs William Porter, de Saint-Louis; D.-N. Rankin, d'Alleghany; Ottakar Chiari, de Vienne; Hermann Krause, de Berlin; et E. J. Moure, de Bordeaux.

Lundi 5 septembre. — Première journée. — Séance de l'après-midi.

Le président commence son discours inaugural en exprimant aux délégués étrangers tout le plaisir qu'il ressent à leur souhaiter une cordiale bienvenue. Il attire ensuite l'attention de ses auditeurs sur les progrès immenses qu'a faits la laryngologie depuis 1876. En rhinologie, il en est de même, surtout dans le traitement de la rhino-bronchite spasmodique ou « hay fever », dont la cause est intra-nasale.

Le laryngologiste de l'avenir doit accorder plus d'importance aux cavités nasales, et le rhinologiste devra être chirurgien plutôt que médecin.

Le Dr Richard H. Thomas fait une communication sur **les causes du soi-disant « hay fever », de l'asthme nasal et d'affections analogues, étudiés au point de vue clinique.**

L'auteur emploie le terme « hay fever », non parce qu'il est

(1) D'après le *Medical Record*, New-York.

exact au point de vue scientifique, mais parce qu'il est connu et accepté de tous.

Les facteurs qui entrent dans l'étiologie de la fièvre de foin et autres névroses du nez sont :

1° Le système nerveux général. Bien qu'un état nerveux général soit associé très souvent à la névrose nasale, il ne suffit pas à expliquer le phénomène.

2° L'état spécial où se trouve le système nerveux n'est pas analogue à l'épilepsie.

3° Il existe soit une hypertrophie intra-nasale, soit un polype, soit une cause quelconque d'obstruction.

Les névroses nasales peuvent fort bien exister sans qu'il y ait la moindre obstruction.

4° L'auteur a vu des cas dans lesquels une affection chronique des fosses nasales était suivie d'asthme nasal et d'autres cas dans lesquels celui-ci précédait les changements. On admet l'existence de zones de sensibilités spéciales des voies aériennes supérieures, mais les auteurs ne s'accordent pas sur leur siège. Les uns les placent sur les cornets, les autres sur la cloison. A les écouter tous, il n'est guère de partie de la muqueuse qui ne puisse être incriminée.

5° D'après les expériences du Dr Thomas, ces zones de sensibilité seraient très variables. Leur siège de prédilection est la zone d'innervation de l'olfactif. On trouve des zones de sensibilité chez les malades atteints d'hay fever, mais non chez les individus ayant la muqueuse nasale indemne.

6° Un état spécial, soit des centres nerveux, soit des terminaisons nerveuses, peut produire des paroxysmes.

L'auteur, avec Lublinski, croit que l'olfactif, le trijumeau et le sympathique jouent un rôle dans la production des accès.

Il existe une série de causes excitantes telles que les poussières en suspension dans l'atmosphère, pollen, etc.; les impressions psychiques, les changements de temps, la lumière, le vent, les productions morbides, l'irritation réflexe venant des parties du corps éloignées.

La guérison de la fièvre de foin dépend de la disparition du processus local ou général qui en est la cause.

Mardi 6 septembre. — Deuxième journée. — Séance du matin.

M. le Dr J. P. Klingensmith fait une communication sur **la Fièvre des foins** (Hay asthma).

Les irritations locales, les hypertrophies, etc., en constituent le point de départ; la poussière, le pollen, la lumière, etc., en sont les causes excitantes.

L'application du galvano-cautère donne les meilleurs résultats. Il faut traiter les zones sensitives à l'acide lactique ou au cautère. Le traitement doit être institué quinze jours avant l'apparition habituelle de l'affection.

Sur treize malades traités par lui, l'auteur en a guéri neuf, et notablement amélioré quatre.

Discussion par les docteurs Lennox-Browne, E. F. Ingals, W. E. Casselberry, J. Mackenzie, Solis-Cohen, Ridge, Stockton et Thomas.

M. le Dr Lennox-Browne, de Londres, lit un mémoire intitulée : **Idées actuelles sur la pathologie et le traitement de la tuberculose du larynx.**

On admet, en général, que les bacilles tuberculeux constituent la cause de la laryngite spécifique ; ils pénètrent par les conduits respiratoires et s'agglomèrent dans les sommets des poumons, où la respiration est moins forte. L'affection est en général secondaire à la tuberculose pulmonaire, et peut être engendrée soit par les crachats, qui infectent une partie dénudée et irritée du larynx, soit par la migration des spores à travers le système lymphatique.

Pour que le bacille prospère, il lui faut une surface malade, sur laquelle il vient à se fixer.

L'état général du patient et l'assimilation défectueuse de ses aliments, par rapport à la nutrition des tissus, favorisent plus le développement de la tuberculose que ne le font les conditions climatériques. La tuberculose laryngée est non seulement secondaire, mais elle peut être primitive, les accidents du côté du larynx se manifestant longtemps avant les lésions pulmonaires.

Le larynx présente l'apparence caractéristique; on y

trouve l'infiltration, la localisation et les ulcères tuberculeux, mais on ne découvre rien dans les poumons. Quelquefois, ces accidents locaux disparaissent avant que les phénomènes de la tuberculose pulmonaire ne se déclarent.

Traitement. — Lorsque la maladie n'est pas trop avancée, l'air de la mer et des montagnes agit remarquablement, par sa pureté même; les inhalations de vapeurs de térébenthine, d'huile d'eucalyptus et de menthol donnent de bons résultats.

L'atropine agit fort bien, non seulement comme calmant, mais comme parasiticide.

L'arsenic et les sels de chaux agissent de la même manière. Les crachats, la douleur, la toux persistante semblent diminuer après l'administration d'hydrogène sulfuré, mais il est douteux que ce médicament produise une amélioration permanente.

C'est le traitement local qui est le plus satisfaisant; après l'application de cocaïne, il faut détruire les nodules tuberculeux, au moyen du galvono-cautère ou de l'acide lactique.

L'auteur ne se sert pas d'iodoforme ou d'iodol dissous dans de l'éther, qu'il trouve trop irritant; il est partisan de l'application directe, faite à l'aide d'un pinceau de coton. L'emploi continu du spray détruit les cils des cellules épithéliales. Les calmants locaux et généraux sont formellement indiqués. Il préfère les émulsions faites avec de la gomme d'acacia aux insufflations. L'amélioration produite par la cocaïne est passagère, la morphine et la belladone donnent un soulagement plus durable.

L'intervention chirurgicale consiste à gratter les parties atteintes avec la curette ou la pince, et à faire une application d'acide lactique.

Il ne faut pas pratiquer d'incisions, car, bien qu'elles soulagent quelquefois, elles forment de nouveaux foyers d'infection; il vaut mieux, pour la même raison, ne pas opérer les granulomes, à moins que la respiration n'en soit gênée. La trachéotomie est absolument contre-indiquée, le larynx ne reçoit plus assez d air, et il s'y forme des colonies de bacilles; l'air froid et sec qui pénètre par la canule peut donner lieu

à des complications pulmonaires, la plaie elle-même peut être infectée. L'auteur condamne l'intubation et l'ablation des parties malades.

L'on publie beaucoup d'observations de guérisons, qui, pour M. Lennox-Browne ne sont que des améliorations plus ou moins permanentes.

Le Dr Coghill, de Ventnor, pense que le soulagement de la douleur fait autant pour prolonger la vie des patients que la thérapeutique locale la mieux instituée. Il se sert d'insufflations d'iodoforme et de morphine.

Le Dr Solis-Cohen, de Philadelphie, cite deux cas de guérison, qu'il croit définitive.

Le Dr E. Fletcher-Ingals, de Chicago, conseille l'emploi de morphine, d'acide phénique et de glycérolé de tannin avec de l'eau, sous forme de spray.

Le Dr Coomes, de Louisville, préfère l'iodoforme.

Le Dr Casselberry, de Chicago, trouve que l'acide lactique est trop irritant; il conseille les insufflations d'iodol.

Le Dr John Mackenzie, de Baltimore, fait l'application locale d'une solution de sublimé (1 pour 2.000).

Séance de l'après-midi.

Le Dr Rankin, d'Alleghany, lit un mémoire intitulé : **Quelques remarques sur l'histoire de la rhinologie.**

Il s'étonne de l'oubli dans lequel les maladies des fosses nasales avaient été laissées jusqu'à nos jours. Il compare les instruments employés autrefois aux procédés en usage depuis que, grâce à Czermak, la rhinoscopie est entrée dans la pratique médicale.

Puis une discussion spéciale est entamée par le Dr E. F. Ingals, sur l'**Epistaxis.**

Les cas graves exigent un traitement général. Il faut rechercher le point saignant et le cautériser.

Diverses méthodes pour l'arrêt mécanique de l'hémorrhagie sont proposées.

Le Dr W. Porter, de Saint-Louis, donne lecture d'un mémoire qui a pour titre : **Hémorrhagies périodiques des voies aériennes.**

Les hémorrhagies laryngées présentent un danger immédiat quand elles sont sous-muqueuses, en raison de l'œdème qui en résulte et de l'asphyxie qu'il peut produire. On peut facilement confondre l'hémoptysie et l'hémorrhagie conjuguée, mais dans le premier cas on ne trouve pas dans les poumons les signes stéthoscopiques de l'hémoptysie.

La tuberculose, la syphilis, un effort mécanique violent et l'alcoolisme peuvent les engendrer.

Le Dr Stockton, de Chicago, fut consulté par une malade pour une hémorrhagie survenue dans un accès de toux et qui semblait provenir du poumon. L'examen lui montra la présence sur la bande ventriculaire d'un vaisseau pulsatile qui laissait s'éconler du sang à chaque pulsation. Après avoir essayé de l'arrêter avec du perchlorure de fer, du tannin, etc, il détruisit le vaisseau au galvano-cautère.

Le Dr Lennox-Browne dit que les hémorrhagies laryngées sont liées d'ordinaire à la syphilis ou à la tuberculose. L'abus de la voix peut aussi produire de la dilatation des vaisseaux. L'alcoolisme peut être encore une cause d'hémorrhagie laryngée.

Le Dr W. E. Casselberry, de Chicago, fait une communication sur **le traitement des papillomes du larynx.**

Il s'agit de déterminer quelles sont les meilleures méthodes pour leur extirpation. La pince est le meilleur instrument pour l'ablation de petites tumeurs ; elle fonctionne mal lorsque la tumeur est volumineuse, car elle n'en enlève qu'une partie à la fois. Il a recours dans ces cas à la curette et au galvanocautère.

Le Dr Cohen opère les gros papillomes à travers une incision de la membrane crico-thyroïdienne.

Le Dr Ingals se sert d'acide chromique.

Le Dr L. Browne conseille l'emploi de l'anse.

Il fait ensuite un dessin montrant la situation et la gran-

deur des papillomes du larynx du prince impérial d'Allemagne. Ils avaient le volume d'un pois et étaient situés sur la corde vocale au niveau de son point d'union avec l'aryténoïde, ayant très probablement une portion de lambeau dans le ventricule. Ce qui ennuie M. Mackensie ce n'est pas la crainte d'avoir affaire à une tumeur maligne, mais la persistance de l'hyperhémie laryngée. Quand Mackensie arriva à Berlin les chirurgiens avaient décidé l'extirpation de la moitié du larynx.

Le Dr C. Glover Allen donne une observation de papillomes volumineux situés au-dessous des cordes vocales et opérés à travers une large incision de la membrane cricothyroïdienne.

L'on passe ensuite à la discussion d'une mémoire intitulé : **Le diagnostic différentiel des affections laryngées tuberculeuse, syphilitique et rhumatismale.**

Le Dr E.-L. Shurly, de Detroit, en fait un résumé, qui se traduit par la table suivante :

Tuberculose	Syphilis	Rhumatisme
	HYPERHÉMIE OU CONGESTION	
Non marquée.	Persistante et marquée.	Existe toujours, peu marquée, souvent localisée.
	TUMÉFACTION ET INFILTRATION	
Constante ; siège sur les aryténoïdes.	Non marquée.	Rare.
	CONDYLOMES ET GOMMES	
Point.	Quelquefois.	Point.
	HÉMORRHAGIES	
Rares.	Rares.	Fréquentes.
	MOBILITÉ	
Presque normale.	Presque normale.	Excessive.
	ULCÉRATIONS	
Fréquentes ; se développant lentement, irrégulières, généralement sur l'épiglotte et les aryténoïdes.	Rares ; solitaires, symétriques, avec aréole.	Point.
	ENROUEMENT	
Marqué.	Peu marqué.	Marqué.
	DOULEUR	
Non.	Non.	Constante.
	CRACHATS	
Contiennent bacilles.	Muqueux.	Rares.

Le Dr E. F. Ingals, de Chicago, lit un article intitulé : **De la laryngite rhumatismale chronique.**

Il n'en a trouvé que quelques observations. La douleur disparaît pendant quelques jours, puis elle revient. La diathèse arthritique l'accompagne.

Traitement : Spray astringent, les salicylates, l'iodure de potassium, les alcalins, etc.

Le Dr A. B. Thrasher, de Cincinnati, fait une communication sur : **La résorcine dans le traitement du catarrhe nasal.**

Elle s'assimile l'oxygène; elle contracte les vaisseaux et fait disparaître la congestion et l'inflammation. Elle est antiseptique.

L'administrer sous forme de pommade (vaseline et résorcine, de 2 pour cent à 10 pour cent).

(A suivre.)

COMPTE RENDU

DE LA

SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE D'AMÉRIQUE

2me Congrès annuel tenu a New-London le 19 juillet 1887

(Suite et fin) (1).

Traduit de l'anglais (2), par le Dr J. Charazac, de Toulouse.

(Séance du soir.)

Le Dr Ch. H. Burnett, de Philadelphie, présente un rapport sur **l'examen de quinze sourds-muets au moyen de l'otophone Maloney** *(An examination of fifteen deaf mutes by means of Maloney's otophone).*

Les sujets examinés sont des élèves de l'institut de sourds-muets de Pensylvanie, âgés de douze à vingt et un ans. L'auteur les divise en trois classes : 1re, surdi-mutité congénitale; 2me, enfants devenus sourds-muets de un à cinq ans; 3me, les

(1) Voir *Revue*, n° 9, septembre 1887.

(2) D'après le *Medical News* du 6 août 1887.

enfants atteints de surdité très prononcée, mais ayant encore conservé un certain degré d'audition, et les demi-muets, si l'on peut les appeler ainsi.

L'examen eut lieu d'après la méthode suivante : on écrit sur un tableau les trois voyelles que l'on désigne à mesure qu'elles sont prononcées à travers l'otophone. On invite ensuite les élèves à les désigner eux-mêmes à mesure qu'on les prononce, en ayant soin de ne pas les prononcer dans le même ordre.

L'audition fut excitée dans tous les cas, mais quatorze élèves sur quinze purent indiquer avec succès les lettres et les mots écrits à mesure qu'ils étaient prononcés dans leur oreille. On doit observer que les résultats obtenus sont moins satisfaisants dans le cas de surdi-mutité acquise que dans les cas congénitaux. Cela tient probablement à ce que dans la surdité acquise le processus morbide qui frappe les oreilles, se développe avec une plus grande force, enveloppant à la fois l'oreille interne et l'oreille moyenne, tandis que dans les cas congénitaux l'inflammation catarrhale se limite à l'oreille moyenne et ne va pas jusqu'à l'oreille interne. Chez les demi-muets surtout, les résultats sont des plus satisfaisants ; ils entendent et répondent d'une manière intelligente aux questions qui leur sont faites. Dans les cas de ce genre, ce qui reste de l'ouïe et l'articulation peuvent être améliorés par l'emploi raisonné d'un instrument tel que l'otophone; on obtiendra surtout les meilleurs résultats quand l'instruction aura commencé dès l'enfance.

Le Dr W. Seely, de Cincinnati, demande si l'on doit faire usage de cet instrument simplement comme cornet acoustique ou dans un but thérapeuthique.

Le Dr C. H. Burnett répond que l'instrument paraît aider à l'audition et en même temps constituer une bonne méthode de traitement. Chez une personne très sourde et qui était incapable d'entendre la voix très haute lorsqu'on parlait très près de l'oreille, et qui entendait aussi très peu avec le cornet acoustique ordinaire, l'usage de l'otophone amena une amé-

lioration notable. Après un quart d'heure d'exercice, elle pouvait entendre la voix ordinaire, les yeux fermés, à 30 centimètres de l'oreille.

Le Dr Sexton fait une communication sur **l'excision des osselets du tympan dans les cas d'inflammation purulente chronique de l'oreille moyenne** (*Excision of the ossicles of the drum of the ear for chronic purulent inflammation of the middle ear*).

Déjà, l'année précédente (1) l'auteur avait attiré sur ce sujet l'attention de la Société; il a depuis cette époque continué à pratiquer cette opération qui a donné des résultats très satisfaisants. Sur dix-neuf malades opérés, treize étaient des hommes et six des femmes, sept avaient de cinq à douze ans, huit de treize à vingt, et quatre étaient entre vingt-trois et quarante ans.

Dans onze cas, l'affection portait sur l'oreille gauche et dans huit sur la droite. Chez deux malades, l'otorrhée était double et dans un cas il existait des phénomènes mastoïdiens. La surdité était considérable et les malades éprouvaient pour la plupart de l'autophonie et d'autres phénomènes acoustiques désagréables. L'écoulement était ordinairement fétide. L'état général de la plupart des malades était bon.

Dans tous les cas, la membrane du tympan était en grande partie détruite et le plus souvent il ne restait du tympan que la portion flaccide, à laquelle était attaché parfois un reste de la portion vibrante (membrana vibrans). Dans ce cas, il était facile de voir que ce reste de membrane était inséré par des brides fibreuses à la paroi interne de la caisse. Parfois, une cavité plus ou moins grande s'ouvrait à travers les tissus malades dans la portion supérieure (attic) de la caisse. La membrane flaccide et les attaches membraneuses et ligamenteuses des osselets sont les parties qui résistent le plus longtemps à une suppuration prolongée et s'opposent au libre écoulement du pus. Le manche du marteau et les tissus cica-

(1) Voir : *Revue*, nov. 1886, p. 616. On y trouvera décrit le manuel opératoire. Dr J. Ch.

triciels formés dans la caisse adhèrent souvent à la paroi interne de la cavité tympanique, tandis que la portion supérieure (attique) et l'antre sont recouverts d'une membrane épaisse.

On trouve, en certains points, des surfaces osseuses plus ou moins cariées. Dans certains cas, les osselets eux-mêmes sont cariés et ankylosés. D'autres fois, le manche du marteau adhère à la surface interne du tympan et parfois il n'en reste qu'un tronçon nécrosé. Dans quelques cas, le marteau et l'enclume adhèrent l'un à l'autre. L'enclume se carie moins facilement. Il n'est pas possible d'examiner l'étrier aussi facilement que les autres osselets, puisqu'on ne l'enlève jamais. Dans quelques cas, on ne tente l'opération qu'après des mois et des années, alors que toutes les méthodes ordinaires de traitement ont été employées sans succès.

Sans entrer dans tous les détails de l'opération, l'auteur affirme que, d'après son expérience, elle peut être faite plus rapidement qu'on n'aurait pu le croire tout d'abord. Les premières opérations durèrent une heure, plus tard il est arrivé à les pratiquer en un quart d'heure. Il attribue à la longueur de l'opération certains phénomènes désagréables, tels que les nausées, qui ne se sont pas reproduites dans les dernières opérations qu'il a faites.

L'auteur détache les restes du tympan de l'anneau tympanique à l'aide d'un petit bistouri en forme de truelle (trowel-shaped). Le marteau est libéré de ses attaches par un ou plusieurs coups de bistouri. Après que le sang a été enlevé, on détache de l'étrier la longue apophyse de l'enclume si elle est adhérente à cet os. On sépare ensuite le manche du marteau de la paroi interne de la caisse, lorsque celui-ci y adhère, puis le saisissant avec des pinces on le détache graduellement et on l'enlève. L'extraction de l'enclume est plus difficile car sa longue apophyse échappe à la vue, mais avec un peu de patience cependant on arrive à la découvrir et à l'enlever. Dans quelques cas où les osselets sont très adhérents, ils sont très difficiles à détacher et dans un cas il a été impossible à l'auteur d'en venir à bout.

Après l'opération, on doit dessécher avec soin la cavité tympanique avec du coton absorbant et l'on peut ensuite faire une instillation de cocaïne à 4 0/0, mais cela n'est ordinairement pas nécessaire.

L'opération d'ordinaire n'amène guère de réaction. Chez les femmes, on doit pour la pratiquer attendre quelque temps après la période menstruelle.

Sur 19 cas, dix fois il a enlevé le marteau et l'enclume, dans un cas il a seulement enlevé le corps de l'enclume et dans six cas il a enlevé seulement le marteau.

Avant l'opération, on doit chercher autant que possible à faire disparaître les granulations à l'aide d'un traitement approprié, car l'hémorrhagie est alors moins considérable. La durée du traitement après l'opération a été, dans 5 cas, un mois; dans 2, deux mois; dans 2, trois mois; dans 1, six mois; et sur les 9 autres, 3 n'ont éprouvé aucune amélioration, 1 n'a pas continué le traitement et 5 sont encore en observation.

La guérison a été complète 9 fois ; 6 fois il s'est produit une grande amélioration; 1 malade n'a pas continué le traitement; 3 n'ont éprouvé aucun soulagement.

La plupart des malades étaient des clients du dispensaire et vivaient dans de très mauvaises conditions hygiéniques.

Une amélioration considérable de l'audition se produisit dans presque tous les cas. Chez les malades considérés comme guéris, l'audition s'accrut d'environ 75 à 100 0/0. Cette amélioration de l'ouïe inespérée engage l'auteur à recommander l'opération toutes les fois que la caisse est obstruée par les formations cicatricielles qui résultent d'une inflammation chronique purulente, alors même que le pus a essé de couler.

On devait s'attendre à voir le sens du goût altéré à la suite de la lésion de la corde du tympan.

Le fait s'est produit dans certains cas, mais pour un temps très court; la guérison est toujours survenue. L'opération offre cet avantage d'empêcher l'accumulation de matières purulentes dans la portion *attique* et dans l'antre. L'état général du malade est toujours amélioré. Chez deux phtisiques,

la toux fut diminuée chez l'un et disparut chez l'autre, tous les deux augmentèrent de poids. Chez les enfants, les effets de l'opération au point de vue de la santé générale sont surtout très marqués.

On pratique l'opération le malade étant couché et anesthésié. L'éclairage électrique est à peu près indispensable. L'auteur n'a retiré aucun avantage du traitement des fongosités par l'alcool. L'acide salicylique, l'acide borique, l'eau oxygénée rendent des services suivant les cas.

L'auteur présente les pièces pathologiques des dix-neuf malades opérés par lui.

Le Dr Burnett a vu sept des malades opérés par le Dr Sexton; de l'avis des malades l'audition était considérablement améliorée.

Séance du soir.

Le Dr Theobald, de Baltimore, rapporte un cas d'**affection syphilitique du labyrinthe** (*Syphilitic disease of the labyrinth*).

Le malade, âgé de vingt-quatre ans, est atteint de syphilis héréditaire; il est à peu près complètement sourd d'une oreille. L'autre oreille présente dans l'audition des variations subites et très considérables. Il passe d'une surdité très prononcée à une audition presque normale. L'iodure de potassium ne produisit pas grand effet, mais son état fut notablement amélioré par l'emploi du bichlorure de mercure combiné au muriate d'ammoniaque.

Sont nommés pour l'année suivante : *président*, le Dr J. L. Prout, de Brooklyn; *vice-président*, le Dr George C. Harlan, de Philadelphie; *secrétaire et trésorier*, le Dr J. J. B. Vermyne, de New-Bedfort.

La prochaine réunion aura lieu à Pequot House, New-London, le 19 juillet 1888.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

OREILLES.

Des kystes du pavillon (*On cystes of the auricle*),
par le Dr H. SELIGMANN.

Les observations du Dr Hartman sur la formation des kystes du pavillon ont amené Seligmann à publier l'exemple suivant qui confirme les vues de cet auteur au sujet des différences qui existent, au point de vue de la pathogénèse, entre les kystes et les hématomes.

Un malade, âgé de trente-cinq ans, d'aspect robuste et parfaitement sain d'esprit, vient consulter au sujet d'une grosseur du pavillon droit, remontant à deux mois, et située à la place ordinaire des hématomes entre la portion supérieure de l'hélix et de l'anthélix. La peau du pavillon très tendue est un peu chaude. La tumeur qui a le volume d'une noix, est tendue, lisse, mais non douloureuse au toucher. Le reste du cartilage est normal; il n'y a pas eu de traumatisme antérieur. Le malade ne voulant pas consentir à une incision, la tumeur est percée avec l'aiguille d'une seringue de Pravaz, et l'on extrait un liquide transparent de coloration jaune clair. Un bandage compressif est appliqué. L'auteur revoit le malade cinq mois après; un peu de liquide s'était formé qui disparut bientôt, et l'oreille malade redevint absolument semblable à l'oreille saine.

Les éléments figurés contenus dans le liquide consistaient en cellules muqueuses et un très petit nombre de globules rouges sanguins. Il n'existait pas la moindre trace de la décomposition des globules rouges du sang. (*Arch. of Otology*, mars 1887.) Dr GORHAM BACON.

Exostoses du conduit auditif (*Exostosis in the Auditory Meatus*),
par le Dr J.-B. STORY.

X..., âgé de 32 ans, est sourd et éprouve des bourdonnements de l'oreille droite depuis une quinzaine de jours (sept. 1881). Des deux côtés il existe, dans le conduit, une exostose qui naît de la paroi postérieure. Celle de droite

est de beaucoup plus volumineuse que la gauche. La peau qui les recouvre est rouge mais la pression ne détermine aucune douleur. Le conduit est complètement obstrué à droite, à gauche il laisse passer une sonde lacrymale très fine. L'opération était fort difficile en raison du voisinage du tympan, mais le malade était menacé de perdre complètement l'ouïe. C'est ce qui décida le Dr Story à intervenir.

Avec une solution concentrée d'acide phénique (10 oct.), il touche la surface de l'exostose dans le but de détruire la peau qui la recouvre, et, quelques jours après, il pratique une ouverture sur la substance même de la tumeur, à l'aide d'une fine vrille de dentiste. Le malade étant anesthésié avec de l'éther, il est procédé, quelques jours après, à l'électrolyse de la tumeur; une fine aiguille attachée au pôle négatif est introduite dans l'ouverture pratiquée à l'aide de la vrille, et le pôle positif placé sur la tempe. On ne cherche pas à augmenter l'orifice avec la vrille, de crainte de blesser le tympan, situé immédiatement en arrière de l'exostose.

A la suite de 5 ou 6 séances d'électrolyse et d'application de pâte de Vienne, l'exostose diminua beaucoup et l'audition fut considérablement améliorée, malgré une perforation du tuyau qui suivit cette application. Le malade, revu en février 1885, entendait toujours aussi bien. En terminant l'auteur fait observer qu'on ne doit intervenir dans les cas d'exostoses que lorsque l'ouï est atteinte. (*The Dublin journal of med.*, séance janvier 1887.)

Dr J. Ch.

Les bourdonnements d'oreille et leur traitement (*Tinnitus aurium and its treatment*), par le Dr J. Ward Cousins.

Après quelques considérations sur les causes et sur les différentes espèces de bourdonnements, l'auteur en arrive au traitement. Il est peu partisan des remèdes qui ne donnent pas de résultats bien satisfaisants, alors même que le malade en fait usage pendant longtemps. Il n'existe pas de remède spécifique contre les bourdonnements. Il faut donc s'attaquer à l'affection qui en est la cause première, et quand il s'agit d'une maladie de l'oreille moyenne, c'est contre elle

que l'on doit diriger tous les efforts de la thérapeutique.

Dans les affections catarrhales peu anciennes de l'oreille moyenne, les insufflations d'air dans la caisse constituent une excellente méthode de traitement. Dans les cas ancien, avec bourdonnements invétérés, elles réussissent moins bien ; bien plus, elles augmentent parfois la pression intra-tympanique. Depuis plusieurs années, l'auteur pratique avec succès une méthode de traitement qui consiste essentiellement dans une injection d'air dans la caisse et dans son évacuation immédiate. L'auteur décrit un ingénieux appareil qu'il a fait construire dans ce but et qui permet de faire alterner les insufflations et les évacuations d'air. Il rapporte à la fin de son travail plusieurs observations dans lesquelles il a obtenu la guérison, par cette méthode, alors que tous les autres traitements avaient échoué (*The Brit. med. journ.*, *février et mars, 26, 1887*).

Dr J. Ch.

Une nouvelle méthode de traitement du catarrhe chronique de l'oreille (*A New method of treating chronic aural catarrh*, par le Dr Ralph W. Seiss.

Dans le traitement de certaines formes de catarrhe de l'oreille moyenne caractérisées par le gonflement de l'orifice pharyngien de la trompe, l'auteur, dans le but de porter sur les parties malades des substances médicamenteuses, tout en évitant de les faire pénétrer dans la caisse, recommande un instrument de la forme d'un cathéter ordinaire, mais dont l'extrémité est bouchée, tandis que sur les côtés de la partie recourbée se trouvent de petits orifices qui laissent passer le liquide que l'on injecte par la grosse ouverture de la sonde. Dans les cas de gonflement et d'infiltration des lèvres de la trompe, l'auteur préconise les injections faites avec la solution de Dobbel ou avec une solution saturée d'acide borique et de glycérine. (*Med. News*, 5 février 1887).

Dr J. Ch.

Otite moyenne suppurée chronique ; sa nature, son traitement (*Chronic purulent otorrhœa*; *its nature and treatment*), par le Dr C. H. Burnett.

C'est le titre d'un travail lu à l'assemblée de la « Phila-

delphia County Medical Society » le 13 octobre 1886, et discuté par les membres présents.

Après avoir passé en revue l'histoire clinique, les causes, les symptômes et les effets de cette affection, Burnett passe au traitement. Le nettoyage de l'oreille est de la plus haute importance. Il est préférable de le faire à l'aide d'injections d'eau tiède avec ou sans désinfectant, si l'écoulement est abondant et persistant; si l'écoulement n'est pas abondant, on peut nettoyer l'oreille à l'aide de petits bourdonnets de coton absorbant en s'aidant d'un bon éclairage. Après les injections, on doit soigneusement dessécher l'oreille avec du coton absorbant. Quand l'inflammation est aiguë et que la perforation volumineuse est située en bas, on peut calmer la douleur avec des instillations de cocaïne. La cocaïne est moins active quand la perforation est petite ou le tympan intact.

Dans le cas d'otite moyenne supurée avec large perforation on doit donner la préférence au *traitement sec*. Dans les cas de ce genre, on ne doit se servir pour les lavages que d'une petite quantité d'eau et seulement quand l'écoulement est abondant et épais et ne peut être enlevé facilement avec le coton absorbant. On peut employer l'acide borique seul ou mêlé à 0,50 cent. pour 24 gr. d'hydrastis, ou à de la calendule (une partie pour deux d'acide borique), ou de la résorcine (3 gr. pour 24), ou de la chinoline (1 gr. 50 pour 24), ou de l'alun (1 gr. pour 24), ou de l'acide salicylique, ou de l'iodoforme. Ce traitement ne peut être fait que par le médecin lui-même et doit être répété chaque jour jusqu'à ce que l'écoulement ait diminué. Si le traitement sec ne donne pas de résultats satisfaisants, Burnett recommande des instillations de nitrate d'argent, ou d'une solution d'acide phénique de 3 à 5 0/0.

Dans les cas d'otorrhée chronique avec perforation siégeant sur la portion flaccide du tympan, le traitement sec ne donne pas de résultats satisfaisants. Dans les cas de ce genre, Burnett fait, avec la seringue intra-tympanique, des injections d'une solution phéniquée à 3 0/0, après avoir soigneusement nettoyé la portion attaquée de la caisse avec de l'eau oxygénée.

On doit appliquer l'acide chromique pour détruire les granulations. Les polypes doivent être enlevés au serre-nœud quand ils ont un pédicule distinct et, les pédicules cautérisés chaque jour jusqu'à destruction complète. (*Philad. Med. News* 30 octobre 1886). Dr Gorham Bacon.

Un cas d'otite moyenne suppurée, thrombose et phlébite du sinus latéral, mort (*A case of suppurative middle ear, thrombosis and phlebitis of lateral sinus, death*), par le D[r] W. H. Harsant.

On ne s'accorde pas du tout sur les signes différentiels qui permettent de diagnostiquer la méningite et l'abcès cérébral de la thrombose des sinus. A ce sujet Politzer s'exprime ainsi : « Une confusion avec une méningite et un abcès du cerveau ne serait possible que si ces maladies du cerveau survenaient en même temps que l'affection du sinus. Quand ce n'est pas le cas, le diagnostic différentiel est d'autant plus facile que l'ensemble des symptômes de ces deux formes d'affection présente de grandes différences. Tandis que dans la méningite et l'abcès du cerveau il n'y a jamais des frissons aussi intenses et des températures de fièvre aussi élevées que dans la thrombose des sinus, les symptômes cérébraux dans celle-ci sont peu marqués et la connaissance n'est souvent pas altérée jusqu'aux derniers moments. »

Hartmann dit de son côté : « Les frissons intenses sont le symptôme le plus important qui permet de distinguer la phlébite de l'abcès cérébral. Dans la phlébite, la douleur est considérable, limitée à la région du sinus enflammé; elle s'accroît par la pression. Le malade n'a pas un instant de repos, il a du délire, des convulsions et une prostration extrême. Il peut se produire une rémission momentanée dans les symptômes, du coma, et la mort survient. »

Il n'est donc pas inutile de rapporter les faits que l'on a occasion d'observer et qui peuvent éclairer cette question difficile de diagnostic.

X..., cordonnier, âgé de dix-sept ans, est atteint d'otorrhée à gauche depuis son enfance. Le malade est admis à l'hôpital le 20 juillet 1886. Quatre jours avant, il a éprouvé de vives

douleurs dans l'oreille gauche et le côté gauche de la tête. L'écoulement s'est accru. Lors de son entrée, son état général paraît mauvais, il dort constamment, toujours couché sur le côté droit. Il est très difficile de l'éveiller; il répond alors avec peine et avec mauvaise humeur aux questions qu'on lui pose; il demande constamment qu'on le laisse en repos et qu'on lui permette de dormir. Il existe un gros polype avec écoulement abondant et fétide dans l'oreille gauche, léger écoulement à droite.

Le lendemain, l'état s'est aggravé, le bras et la jambe droite sont rigides, il a eu pendant la nuit plusieurs frissons intenses, la température est à 106°,5 Fahr., le pouls à 100; le malade est dans un état semi-comateux dont il est impossible de le tirer. Pendant la journée, il ne se produit pas de vomissement mais il a plusieurs accès de frissons. Le jour suivant, on ouvre l'apophyse mastoïde, il n'y a pas de pus.

On enlève alors une couronne de trépan du dessous et en dedans de l'apophyse mastoïde pour mettre à nu le cervelet au-dessous de la tente. Cette opération ne fit pas découvrir de foyer purulent.

Le malade mourut quelques jours après. A l'autopsie, on trouva un thrombose dans le sinus latéral gauche. Aucune autre lésion cérébrale. (*The Bristol medico-chirurgical journal, mars 1887.*) Dr J. Ch.

Un cas d'abcès cérébral dû à une otite moyenne (*A Case of cerebral abcess due to otites media*), par le Dr William Macewen.

W. H..., enfant de neuf ans, entre à l'hôpital le 13 janvier 1887. Quinze à vingt jours auparavant, il avait été pris au milieu de la nuit d'une vive douleur à la région de l'oreille droite, fut très agité et ne put dormir. Le lendemain, la peau de la région était chaude et sèche; il fut pris de vomissements et tomba dans une espèce de léthargie dont il sortait fréquemment pour pousser des cris aigus provoqués par de vives douleurs. Cet état dura huit jours, après quoi des frissons violents et de longue durée se produisirent à de nombreux et de courts intervalles.

A son entrée à l'hôpital on constate l'état suivant : l'enfant est très amaigri, les traits tirés, les lèvres livides, la lèvre supérieure est recouverte d'une irruption herpétique, la tem pérature axillaire est de 100,°8 Fahr. Le pouls est à 108, le malade éprouve de vives douleurs de l'oreille droite par laquelle s'écoule du pus fétide. La région mastoïdienne n'est pas gonflée.

L'ouverture de l'apophyse mastoïde ne soulage pas le malade et le Dr Baw soupçonnant un abcès cérébral, présente le malade au Dr Macewen. On conclut à un abcès du lobe temporo-sphénoïdal consécutif droit, abcès probablement en communication avec l'oreille moyenne par un conduit étroit et sinueux. On décide d'intervenir.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques et anesthésié le malade, on enleva avec la portion écailleuse du temporal, une lame osseuse de la largeur d'un demi-pouce, la dure-mère mise à nu est légèrement congestionnée; cette membrane une fois incisée, la substance cérébrale vient faire saillie à l'ouverture du crâne, la pie-mère qui la recouvre est congestionnée et la membrane cérébrale gris rougeâtre. On introduit une aiguille creuse dans le tissu du cerveau; il s'échappe d'abord du gaz, puis du pus en assez grande quantité (deux drachmes); on élargit ensuite l'ouverture, on enlève les parties de tissu cérébral nécrosé, et on nettoie la cavité avec une solution boriquée; on introduit un drain dans l'ouverture et l'on applique un pansement antiseptique. Six semaines après le malade était complètement guéri. (*The Lancet*, 26 mars 1887.) Dr J. Ch.

Du traitement chirurgical des abcès du cerveau consécutifs à une affection de l'oreille (*On the surgical treatment of brain suppuration following ear disease*), par le Dr Robert F. Weis.

L'auteur rapporte l'observation d'une malade admise dans son service à l'hôpital de New-York, le 19 décembre 1884. Elle raconte que, sept semaines auparavant, elle s'est fait une blessure au pouce droit, qui est devenu douloureux et gonflé ; elle a éprouvé en même temps de violentes douleurs

dans l'oreille droite qui se sont accompagnées d'un écoulement qui n'a duré, il est vrai, que peu de temps, mais a causé une surdité complète de ce côté.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital on fait au pouce une incision qui laisse s'écouler une grande quantité de pus. Les douleurs de tête continuent, elle a de la fièvre et des frissons, de l'inappétence et des vomissements. Lors de son admission à l'hôpital la température est de 101° 1/2 Fahr., respiration 16, pouls 64, mais on ne découvre aucune paralysie, bien que la malade fût très abattue et plongée dans un état de stupeur voisin de la léthargie.

Le pouce était guéri. Il existe de l'œdème et de la sensibilité de la région mastoïdienne droite et de la douleur sur la moitié droite de la tête; il existe de ce même côté une perforation du tympan, mais sans écoulement.

L'apophyse mastoïde fut perforée avec un foret et des ciseaux jusqu'à l'antre, et une petite quantité de pus fut évacuée. A l'aide d'une injection on put cependant faire passer une solution de sublimé (1 pour 2,000) de l'apophyse mastoïde dans la caisse, la plaie osseuse fut soigneusement remplie de gaze iodoformée et l'on fit un pansement antiseptique. A la suite de l'opération la température baissa, le pouls descendit à 82 et l'audition fut améliorée, mais la céphalalgie persista, augmenta même de violence, et huit jours plus tard le pouls tomba à 58, et à l'ophtalmoscope on put constater de la névrite optique.

La malade fut de nouveau endormie avec de l'éther le 29 mai et l'ouverture mastoïdienne agrandie d'environ un demi-pouce, on mit ensuite la dure-mère à découvert; sectionnant alors la membrane, on introduisit une aiguille hypodermique a une profondeur d'environ un pouce et demi à plusieurs reprises et en divers sens, le long de l'os pétreux et dans le lobe cérébral de cette région, sans retirer autre chose qu'un peu de sang. La plaie fut ensuite pansée comme précédemment.

Cette opération exploratrice n'eut aucun résultat ni en bien ni en mal. Une amélioration se produisit trois jours plus tard,

coïncidant avec une augmentation de l'écoulement du pus par la plaie. Onze jours plus tard, la malade fut frappée d'hémiplégie droite. La température s'éleva à 103° F. et le pouls, à 68, devint irrégulier et des vomissements se produisirent. Dans ces tristes circonstances, une nouvelle tentative fut faite pour sauver la malade. Une couronne de trépan d'un demi-pouce de diamètre fut appliquée sur le côté gauche du crâne, au niveau de la ligne de Rolando (Rolanderic line), et la dure-mère incisée, il s'écoula une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien mais les explorations faites à l'aide d'un aspirateur ne donnèrent aucun résultat. La malade mourut le jour suivant. La famille refusa de laisser faire l'autopsie.

A la suite de cette observation, l'auteur dit que l'examen des différents cas d'abcès cérébraux opérés par d'autres chirurgiens depuis la monographie de Meyer sur ce sujet, démontre qu'un quart des cas surviennent à la suite d'une affection de l'oreille, et qu'il est très important de noter que, sur quarante-quatre cas, deux fois seulement l'abcès central était double; vingt-quatre fois, le lobe temporo-sphénoïdal, quinze fois le cervelet, deux fois le lobe frontal, une fois le lobe postérieur, une fois le pont de Varole et une fois le pont quadrijumeau.

Au point de vue chirurgical, il est important de noter ce fait que, dans la grande majorité des cas d'abcès cérébral consécutif à une affection de l'oreille, le dépôt purulent occupe le lobe temporo-sphénoïdal et que le cervelet est ensuite la partie de l'encéphale qui est le plus souvent affectée.

Weis est partisan de l'intervention chirurgicale dans les cas de ce genre et l'on doit s'attaquer au cerveau dès que l'opération mastoïdienne n'a pas donné de résultats satisfaisants. (*The Med. Record,* 9 avril 1887.)

Dr GORHAM BACON,

Les maladies de l'oreille, complication des fièvres éruptives (*Ear diseases as a complication of the eruptive fevers*), par le Dr J. MORRISON RAY.

De toutes les fièvres éruptives qui s'accompagnent d'affection de l'oreille, la scarlatine est celle qui détermine dans cet

organe les plus graves désordres. Les suppurations de l'oreille consécutives à la scarlatine s'accompagnent souvent de nécrose du temporal lorsqu'on les néglige, tandis qu'il est facile de s'en rendre maître lorsqu'on les traite au début. Les enfants, en raison de la constitution de leurs oreilles, sont prédisposés aux complications auriculaires des fièvres éruptives (*The Amer. pract. and News*, 22 janvier 1887.

Du rôle de la décompression brusque dans les accidents nerveux consécutifs aux explosions de grisou, par le Dr Reynaud.

On observe, chez certains mineurs victimes d'une explosion de grisou, des phénomènes singuliers et dont la pathogénie n'a pas encore été élucidée. On voit, par exemple, des hommes présentant des brûlures insignifiantes rentrer à pied à leur domicile, manger et dormir comme d'habitude. Puis, au bout de quinze, vingt-quatre ou trente-six heures, ils ressentent du malaise, deviennent oppressés et meurent rapidement avec des symptômes d'asphyxie.

L'auteur, avec raison, selon nous, rattache ces symptômes à ceux observés chez les scaphandriers soumis à une décompression trop rapide, et leur assigne la même cause. M. Reynaud rapporte plusieurs observations avec autopsie. On constate que la muqueuse des bronches est rouge lie de vin et paraît dans les petites et moyennes détruite, et réduite en bouillie. Pas de trace d'inflammation ni de rupture des poumons. Rien au larynx ni à la trachée. (*La Loire médicale*, 15 mars 1887.)

Dr J. Ch.

Chute foudroyante produite par certains bruits aigus, par le Dr Beugniez-Corbeau.

Le Dr Beugniez se trouvait à la gare d'Herson, à côté d'un homme jeune encore, lorsque un coup de sifflet retentit; aussitôt l'homme chancelle et tombe tout d'une pièce la face contre terre; le train passe, l'homme se relève. Le coup de sifflet coïncidant avec un jet de vapeur intense, lui avait causé tout à coup une sensation d'angoisse inexprimable comme s'il allait mourir.

« Ça m'entre dans les oreilles, dit-il, on dirait des boulets » de canon, il faut que je tombe; je ne perds nullement con- » naissance; mais tant que le bruit persisterait, impossible » de me remettre debout, je demeurerais la tête contre la » terre, j'ai la sensation atroce que je vais tomber plus bas, » plus bas encore ; j'en mourrais j'en suis sûr, si le tapage » durait assez longtemps. » Le sifflet seul ne produisait rien sur lui, il fallait qu'il fût uni au jet de vapeur. Le marteau frappant sur l'enclume lui causait une sensation désagréable et le faisait se détourner de sa route. Le phénomène de chutes s'était produit chez lui quatre ans auparavant; il était auprès d'un organiste de ses amis qui réparait un orgue et qui appuyant sur un soufflet à l'improviste fit partir à la hauteur de son oreille droite un son des plus perçants.

M. Beugniez se demande s'il n'y a pas là un phénomène d'inhibition. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, mars 1887).

Dr J. Ch.

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Pharyngocèle et dilatation du pharynx guéris par la pharyngotomie (*Pharyngocele and dilatation of pharynx cured by pharyngotomy*), par le Dr W. J. Weeler.

E. E..., capitaine, âgé de cinquante-sept ans, sans antécédents morbides ni héréditaires. Dans ces dernières années, il a eu de fréquentes attaques d'amygdalite, de bronchite et de laryngite. Il avait une voix de stentor et se sentait capable, selon sa propre expression, de commander à une brigade tout entière. Il en a beaucoup abusé. Les débuts de son affection remontent à l'automne de 1884. Le Dr Wheeler le voit pour la première fois en janvier 1885. Il existait une tumeur située dans l'espace sous-maxillaire droit, en avant du sterno-mastoïdien. Cette tumeur, prise tout d'abord pour un kyste et traitée comme telle, s'accrut graduellement en avant et en bas, au-dessous de la branche du maxillaire s'étendant au-dessous du cartilage thyroïde.

De la tumeur, l'air passe dans le pharynx avec un bruit de gazouillement que le malade perçoit parfaitement; la per-

cussion donne un son tympanique absolument semblable à celui produit par la percussion d'une anse intestinale. Le malade ne peut rester longtemps couché dans la même position; il est sujet à des accès de toux très violents et très pénibles qui surviennent surtout quand il passe de la position horizontale à la verticale. Il lui est très difficile d'avaler les aliments, si ce n'est en petites particules; la pression les fait remonter dans la bouche.

Le 8 juin, M. Wheeler introduit une sonde dans la portion supérieure dilatée, et pratique l'examen au laryngoscope avec la lumière électrique. Le larynx est très congestionné, la corde vocale droite paralysée. Le 13 juin, le malade est opéré. M. Wheeler fait une incision à peu près au milieu de la branche du maxillaire s'étendant en bas et en dehors dans le peaucier, jusqu'au-dessous du cartilage thyroïde. Il dissèque soigneusement et détache des tissus voisins la tumeur dont les parois sont très minces. A l'incision, un courant d'air s'échappe de la tumeur qui s'affaisse aussitôt. L'ouverture est alors agrandie avec précaution et la cavité pharyngée mise à découvert. On peut voir alors le larynx fonctionner, les cordes s'éloigner et se rapprocher tour à tour et se contracter dès que le malade produit un son.

Dès que la tumeur pharyngée fut ouverte, le malade retrouva sa voix. L'auteur enlève ensuite une portion assez considérable du pharynx, s'étendant de l'angle du maxillaire à la partie inférieure de la dilatation.

A ce niveau, il découvre un diverticulum contenant des particules alimentaires, situé à la partie inférieure du pharynx, reposant sur la paroi postérieure de l'œsophage et de la grosseur d'une noix. Ce diverticulum fut enlevé et la plaie fermée par des sutures. Le malade guérit parfaitement. (*The Dublin journ. of the med. sciences,* novembre 1886.)

Dr J. Ch.

Atrésie accidentelle de l'orifice buccal, chéiloplastie,
par le Dr Lecerf (de Valenciennes).

Il s'agit d'un enfant de treize ans, qui avait eu, à l'âge de neuf ans, les lèvres en grande partie détruites par un lupus.

L'orifice buccal, situé sur la ligne médiane de la face, était à peu près complètement oblitéré par le tissu cicatriciel. Son diamètre était tel qu'on y introduisait à frottement une plume d'oie de volume ordinaire. L'enfant ingurgitait facilement les liquides; quant aux solides, réduits en petits fragments, il les faisait disparaître assez rapidement. Les tentatives jusque-là faites pour une restauration, étaient restées sans résultats.

M. Lecerf fit de chaque côté de l'orifice une incision horizontale de 3 centimètres n'intéressant que la peau; de chacune des extrémités de ces incisions il fit partir deux incisions verticales qui se terminaient en bas sur ce qui devrait être la lèvre inférieure. Il détacha la muqueuse qui doublait la peau, rabattit l'une et l'autre en sens inverse, et réussit ainsi à constituer un orifice buccal de 6 centimètres que le petit opéré peut fermer hermétiquement et ouvrir à volonté. — Le mode d'alimentation est complètement changé; quant à la phonation, elle a conservé son imperfection du début, car il existe une division complète du voile du palais (*Bullet. méd. du Nord*, n° 12, déc. 1886.) M. N.

Recherches sur les micro-organismes de la bouche,
par M. W. Vignal.

Les micro-organismes rencontrés dans la bouche, peuvent y exister soit normalement, soit accidentellement. Après avoir essayé de se débarrasser des micro-organismes qui se trouvent accidentellement dans la bouche, M. Vignal a étudié ceux que l'on y rencontre à l'état normal. Il a ainsi trouvé dans l'enduit lingual et le tartre dentaire dix-huit espèces différentes de micro-organismes et en a isolé dix-sept; le dix-huitième, le SPIROCHITE DENTICULA, n'a pu être cultivé. Sur les dix-sept espèces qu'il a cultivées, il en a trouvé seize aérobies et une seule anaérobie.

Dans le travail qu'il vient de publier et qui ne constitue que la première partie de son mémoire, M. Vignal ne fait que décrire les micro-organismes qu'il a rencontrés et donne les caractères qu'ils présentent dans les différents milieux de culture. Huit planches dans lesquelles sont représentés les

aspects de ces micro-organismes dans les différents milieux de culture accompagnent ce travail.

La suite des recherches de collaboration avec M. Malassez paraîtra ultérieurement. (*Arch. de phys.* 15 nov. 1886, et *Conn. méd.*, 6 janv. 1887, nº 1.) M. N.

Contribution à l'étude des maladies de la luette (*A contribution to the study of diseases of the uvula*), par le Dr Wendell Philipp.

La luette est rarement le siège d'une affection primitive. L'auteur rapporte un cas d'angiome primitivement développé sur cet organe :

Joas S..., trente-neuf ans, éprouve depuis deux mois des difficultés pour avaler, et le jour où il se présente (31 juillet 1885), il ne peut prendre que des aliments mous ou liquides.

Etat général assez mauvais. Il a eu un chancre deux ans auparavant.

La luette est considérablement augmentée de volume dans toutes les directions, mais surtout en largeur. Elle mesure deux pouces de longueur. Au repos, la masse formée par la tumeur s'appuie sur la base de la langue. Sa surface est parsemée de varicosités veineuses. Le malade affirme que cet état ne remonte pas à plus de deux mois. Le traitement spécifique en même temps que des toniques sont donnés au malade ; son état général s'améliore, mais la tumeur s'accroît et commence à envahir le voile du palais. En décembre, on cesse le traitement spécifique. La tumeur ne fut enlevée que le 4 mai 1886, au galvano-cautère. Le malade partit le 10 mai. L'auteur l'a revu aux mois de juillet et d'octobre ; il ne présente aucune trace de récidive et son état général est devenu excellent.

L'examen microscopique fait par le Dr Mitchell Prudden montre qu'il s'agit d'un *angiome caverneux* de la luette. (*The Med. Record*, 12 mars 1887.) Dr J. Ch.

Fonctions des amygdales, par le Dr Hingston Fox.

Le Dr Hingston Fox, dans un très intéressant article sur ce sujet, exprime l'opinion que ces glandes appartiennent au

système digestif par la nature de leurs fonctions et non aux voies respiratoires. On savait déjà que ces glandes favorisent la déglutition en lubrifiant à l'aide de leur sécrétion les voies que doit suivre le bol alimentaire. Hingston Fox pense que leurs fonctions ne se bornent pas à ce rôle de glandes folliculeuses agminées, mais qu'elles consistent surtout dans la réabsorption de certains principes constituants de la salive secrétée dans l'intervalle des repas. Ces principes constituants seront utilisés plus tard au lieu d'être entraînés et inutilement perdus dans l'intestin par les nombreuses déglutitions qui ont lieu, à l'état normal, toutes les deux minutes dans l'état de veille, et toutes les quatre minutes pendant le sommeil.

Hingston Fox trouve une preuve de la vérité de cette assertion dans la facilité et la rapidité avec lesquelles les tonsilles absorbent directement les poisons morbides de la salive. *(Journal of anatomy and physiology,* 20e vol.)

Ulcération du voile du palais et du pharynx. — Sarcome de l'amygdale.

A la Société médicale de Londres, le Dr de Havillan Hall présente deux observations d'ulcérations du palais et du voile chez deux jeunes hommmes âgés, l'un de dix-neuf, l'autre de vingt-trois ans. Il s'agit, probablement, de syphilis héréditaire.

— Le Dr Lennox-Browne présente un malade atteint de lympho-sarcome ayant débuté dans l'amygdale gauche et qui s'est étendu au pharynx et au larynx. Une portion considérable de la tumeur a été enlevée avec l'écraseur, les pinces de Hartmann et la curette de Lœwenberg; on a ensuite appliqué le galvano-cautère. Il existe une légère récidive et il se propose de tenter une extirpation plus radicale. *(The Lancet,* 2 avril 1887.) Dr J. Ch.

Une variété d'herpès buccal (*Una varieta d'erpete boccale*) par M. le Dr Campana.

L'auteur rapporte une variété d'herpès buccal qui occasionne des érosions épidermiques larges et profondes, et

quelquefois même des eschares et de fausses membranes diphtéroïdes; il n'a presque jamais remarqué d'éruptions sur le visage. (R. Accademia M. di Genova in *Gazetta degli Ospit.* an. VIII, n° 44, Milan 1887). Dr F. CARDONE.

D'un cas de croup opéré et guéri, suivi de quelques réflexions sur la trachéotomie pratiquée d'après les procédés rapides, par le Dr DESCROIZILLES.

Il s'agit dans cette observation d'un enfant de six ans et demi, chez lequel M. Descroizilles dut pratiquer la trachéotomie pour une laryngite diphtéritique. L'enfant ayant été immobile pendant l'opération, deux incisions furent nécessaires pour pénétrer dans la trachée; écoulement de sang presque nul, introduction facile de la canule. Au bout de dix jours, la cicatrisation de la plaie était à peu près complète, et au bout de trois semaines, l'amélioration était assez évidente pour qu'on pût laisser sortir l'enfant de l'hospice sans danger.

Une terminaison aussi prompte peut être considérée comme exceptionnelle; on en trouve l'explication en se rappelant qu'il s'agissait ici d'une localisation diphtéritique directe, et chez un enfant de plus de six ans. Il faut noter, en outre, que l'opération a eu lieu sans hémorrhagie et que l'introduction de la canule s'est faite très facilement.

A ce propos, M. Descroizilles croit devoir vanter les avantages de la trachéotomie en un seul temps, tout au moins chez les enfants qui ne sont déjà plus en bas âge.

Il rappelle ensuite les préceptes formulés par M. de Saint-Germain, mais, tandis que cet auteur préconise la trachéotomie en un seul temps, il craint qu'il n'y ait péril à agir ainsi, et préfère faire deux incisions successives, ce qui lui permet une conduite plus prudente et plus sûre.

La trachée ouverte, on devra faire précéder l'introduction de la canule de celle du dilatateur, et entre les deux, il est même avantageux de laisser un temps d'arrêt pendant lequel les quintes de toux surviennent presque toujours. (*France médicale*, 18 déc. 1886, n° 146.) M. NATIER.

Lésions anatomo-pathologiques dans un cas de paralysie labio-glosso-laryngée (*Lesioni anatomo-patologiche in un caso di paralisi labio-glosso-laringea*) par M. le Dr CACCIOLA.

L'auteur donne, dans ce mémoire, des dessins de préparations anatomiques faites dans un cas de paralysie labio-glosso-laryngée avec atrophie musculaire progressive. Ces préparations montrent une lésion de la substance grise bulbaire, surtout au niveau du noyau d'origine du nerf hypoglosse, dans les *cornes antérieures* et dans les faisceaux pyramidaux croisés. Les préparations relatives aux muscles et aux extrémités démontrent, à n'en pas douter, une simple atrophie musculaire, pendant que les muscles de la langue offrent, à un degré remarquable, le type de l'atrophie lipomateuse. (Atti della R. Accad. M. di Roma in *Riforma Médica*, an. III, nº 132.)

Dr J. CARDONE.

LARYNX ET TRACHÉE.

La laryngite chronique et ses suites (*Laryngitis chronic and its sequel*), par le Dr G. HUNTER MACKENZIE.

L'inflammation chronique du larynx est importante non seulement par elle-même mais encore par les suites qu'elle peut avoir. La laryngite chronique est primitive ou secondaire. Les caractères laryngoscopiques varient suivant les cas. On constate des gonflements et de l'induration des cordes vocales qui au lieu de présenter leur blancheur normale sont plus ou moins rouges; il existe du gonflement et une saillie des bandes ventriculaires et du repli inter-aryténoïdien et une hyperhémie générale de la muqueuse laryngée.

On aperçoit parfois de petites granulations qui font saillie sur la surface des cordes vocales et leur donnent un aspect plus ou moins raboteux.

Les caractères de la voix dépendent de l'état de l'organe et des degrés qu'ont atteints les lésions. Il est rare que la respiration soit gênée. La toux est une conséquence de la laryngite chronique qu'elle contribue à son tour à entretenir et à accroître. Assez souvent la laryngite chronique est associée à un degré plus ou moins prononcé de sténose nasale.

M. Mackenzie a observé un certain nombre de cas dans lesquels le catarrhe chronique de la muqueuse laryngée était associé à une obstruction partielle des fosses nasales. La guérison de l'obstruction guérit ou améliore les laryngites.

La laryngite chronique peut se transformer en laryngite tuberculeuse. L'inflammation de la muqueuse du larynx constitue un terrain très favorable au développement du bacille tuberculeux. Certaines tumeurs laryngées (papillomes, myxomes, fibromes, etc.), peuvent être aussi déterminées par une laryngite chronique.

Pour le traitement qui doit varier suivant la forme et le degré de la maladie, l'auteur emploie de préférence le nitrate d'argent 1/3 appliqué à l'aide d'un pinceau. Plus tard on augmente la force de la solution. — On doit traiter la laryngite chronique non seulement à cause des troubles qui en sont la conséquence, mais aussi en raison des maladies plus graves dont elle peut être le point de départ (*Edinburgh med. Journ.*, janv. 1887.) D[r] J. Ch.

Observations cliniques de syphilis du larynx (*Clinical observations on syphilis of the larynx*), par le Dr Christophe Lewis.

La classification des lésions syphilitiques du larynx, en secondaires et tertiaires, n'est pas pratique. D'après Hutchinson, on a trouvé, en effet, à l'autopsie, des zones syphilitiques chez un malade âgé de vingt et un ans, quatre mois seulement après l'apparition du chancre. Dans la syphilis du larynx, la meilleure classification est celle qui repose sur les modifications anatomiques : catarrhe, plaques muqueuses et condylômes, inflammation chronique, ulcérations superficielles, ulcérations profondes avec perte de tissu, tumeurs gommeuses, périchondrites, carie et nécrose des cartilages.

Les plaques muqueuses du larynx sont considérées comme rares, cela tient probablement à la rapidité avec laquelle elles disparaissent. L'auteur en rapporte plusieurs exemples. Les plaques muqueuses surviennent ordinairement dans le larynx trois à neuf mois après le chancre, mais on peut les observer beaucoup plus tard.

L'inflammation chronique du larynx est considérée comme une lésion intermédiaire, elle peut accompagner la période catarrhale et ne survenir que trois ou quatre ans après l'infection. Elle est caractérisée par une rougeur diffuse plus sombre que dans l'érythème précoce, par le gonflement de la muqueuse et des ulcérations. L'affection est très tenace et a, d'ordinaire, une tendance très marquée à produire l'hypertrophie de la muqueuse qui s'accompagne d'ulcérations superficielles. Les cordes vocales sont gonflées et dentelées, mais elles peuvent être indemnes et recouvertes par le gonflement de la muqueuse ventriculaire. Des granulations et des végétations plus ou moins volumineuses accompagnent souvent cette forme. Il est rare cependant qu'elle amène une sténose assez considérable pour nécessiter la trachéotomie. L'affection présente une tendance remarquable à la répétition, d'où le nom de *relapsing ulcerative laryngitis*, laryngite ulcéreuse à répétition que lui donne l'auteur.

Il étudie ensuite les ulcérations du larynx. Elles sont superficielles ou profondes. Dans le premier cas l'épithélium seul est atteint. Leur siège de prédilection est l'épiglotte et les parties supérieures du larynx. Les ulcérations superficielles surviennent un an environ après l'infection primitive, mais on peut les voir se produire, d'après Mackensie, de vingt à cinquante années après l'apparition du chancre.

Les ulcérations profondes proviennent ordinairement d'une gomme ulcérée.

On observe parfois des paralysies du larynx d'origine syphilitique. L'auteur en rapporte quelques exemples. Il s'occupe ensuite du diagnostic et étudie les caractères différentiels qui permettent de se faire une juste idée de la nature du mal. Dans les cas douteux, lorsqu'il s'agit de se prononcer entre la tuberculose et la syphilis, on devra se souvenir :

1° Que la présence du bacille est une preuve certaine de tuberculose, mais que pour que le résultat de l'examen soit probant, le liquide doit être pris directement dans le larynx, sur une ulcération ;

2° Que dans la tuberculose, le larynx est d'ordinaire rouge et enflammé sur les parties malades, tandis que les autres parties sont anémiées ; dans la syphilis, la rougeur sombre de la muqueuse est générale et l'on voit ordinairement des ulcérations superficielles ;

3° Les ulcérations profondes d'origine syphilitique sont habituellement unilatérales, à bords taillés à pic et entourés d'une auréole enflammée, tandis que dans l'ulcération tuberculeuse, la muqueuse est généralement baignée de mucosités purulentes ;

4° Les cordes vocales dans la phtisie sont ordinairement très gonflées, de couleur grisâtre ; dans la syphilis elles participent de l'état du reste de la muqueuse laryngienne ;

5° La voix est rauque, rude, dans la syphilis ; elle contraste avec la voix faible des phtisiques, chez lesquels les cordes vocales vibrent au milieu du mucus ;

6° Les végétations, dans la syphilis, affectionnent l'épiglotte et l'angle antérieur des cordes vocales ; dans la tuberculose, la région aryténoïdienne.

L'auteur termine cette étude fort intéressante et très instructive par des considérations sur le traitement général et local des accidents syphilitiques du larynx. (*The Birmingham med. Review*, mars 1887.) Dr J. Charazac.

Parésie des dilatateurs glottiques ayant permis de diagnostiquer un début de tabes dorsalis, par le Dr Luc.

Le malade, âgé de trente-cinq ans, était depuis quelques mois essoufflé à la suite d'un effort prolongé quelconque et, en même temps, la respiration devenait sifflante et l'inspiration s'accompagnait d'un ronflement sourd.

Au laryngoscope, les cordes vocales apparaissent congestionnées ; elles sont très modérément écartées pendant l'expiration ; d'autre part, au lieu de se séparer largement pendant l'inspiration, elles se rapprochaient au contraire l'une de l'autre, au point de ne laisser entre elles qu'un espace linéaire ; il restait au contraire un intervalle appréciable entre les cartilages aryténoïdes. Il était facile de constater que l'air

inspiré pénétrait à travers la glotte rétrécie en produisant un léger bruit de frôlement.

Diagnostic : Parésie des dilatateurs glottiques.

Rien dans l'appareil cardio-pulmonaire du médiastin et du cou qui puisse expliquer la paralysie ; celle-ci, d'ailleurs, étant bilatérale, l'auteur dut songer à une affection des centres nerveux.

Un oncle paternel du malade est actuellement aveugle et ataxique. Lui-même n'a jamais eu la syphilis. Il a été soigné deux ans auparavant par Ricord pour des troubles de la miction, sans rétrécissement ; la vessie était tout simplement paresseuse et se vidait incomplètement. Pas de trouble pendant la marche, ni de menace de chute par l'occlusion des yeux. Le malade accuse des soubresauts dans les jambes, et dans les membres inférieurs des douleurs rapides comme des secousses électriques. Sensibilité à la douleur très affaiblie aux jambes et aux pieds. Réflexe rotulien diminué à droite. En un mot, le malade est un ataxique.

Cette observation est surtout intéressante à ce point de vue, que les troubles laryngés ont été tellement précoces que les symptômes habituels de l'ataxie n'avaient pas été assez saillants jusque-là pour attirer l'attention. (*La France médicale*, 3 février 1887.) Dr J. Ch.

Paralysie des muscles adducteurs latéraux du larynx, cas unique (*Paralysis of the lateral adductor muscles of the larynx, with unique case*), par le Dr Frank Donaldson.

L'auteur rappelle les idées bien connues de Semon et la théorie de Krause, et donne l'observation suivante que nous reproduisons tout entière :

E. M..., agriculteur, âgé de cinquante-trois ans, vint consulter l'auteur, en août 1886, pour une aphonie partielle survenue presque subitement huit mois auparavant, et qui, depuis lors, n'a fait que s'accroître. Le malade a toujours été robuste, plein de santé et habitué à la vie en plein air. Il n'a jamais été malade de sa vie. Pas d'antécédents rhumatismaux ni syphilitiques. Quelques mois auparavant il a éprouvé une

vive douleur dans l'oreille gauche avec surdité considérable de ce même côté et perte de la voix. A l'examen laryngoscopique, on voit la corde vocale en complète abduction, immobile pendant la phonation de la respiration, et bien que la corde droite vienne parfaitement se placer sur la ligne médiane, il existe encore un espace considérable entre les deux cordes vocales. Les aryténoïdes sont intacts, et ce fait devait être noté d'une façon toute spéciale, car tout le monde sait que la destruction ou l'ankylose des articulations crico-aryténoïdiennes peut donner lieu à des symptômes qui simulent la paralysie; dans les cas de ce genre les cartilages aryténoïdes présentent d'ordinaire un aspect anormal, tel qu'un gonflement ou un élargissement de leurs bases. Dans les cas de ce genre il existe aussi, d'après mon expérience, des mouvements plus ou moins marqués de la corde vocale malade. Dans le cas en question il n'existait pas le moindre mouvement. D'ailleurs, l'ankylose des aryténoïdes résulte d'une périchondrite consécutive à la fièvre thyphoïde, à la syphilis, au rhumatisme ou à la goutte, et le malade n'avait jamais été affecté de ces maladies. Enfin, l'accès de douleur dans l'oreille gauche et la surdité et l'aphonie qui suivirent, portent l'auteur à admettre que la maladie était due à une lésion cérébrale.

Le traitement n'amena pas la moindre amélioration dans l'état du malade.

Dans l'observation qui précède, le diagnostic porté par l'auteur fut confirmé par les Drs Clinton Mesherry et Samuel Johnston qui virent séparément le malade.

Le Dr F. Donaldson dit que ce cas est unique dans la science. Nous avons rapporté (*Revue mensuelle de laryng.*, 1er mai 1886) un cas analogue dans lequel la paralysie paraissait due à un goître comprenant le récurrent droit. (*N.-Y. med. Journal*, 12 février 1887.) Dr J. Charazac.

Aphonie due à une tumeur sous-glottique (? congénitale); opération, guérison *(Aphonia due to subglottis growth (? congenital); operation, cure)*, par le Dr Carpenter.

La malade, âgée de dix-huit ans, a toujours eu la voix gênée ; elle est aphone depuis l'âge de dix ans. A l'examen

laryngoscopique on constate une tumeur pédiculée du volume d'un pois, de coloration rosée, à surface lobulée, qui paraît située à la commissure antérieure. Le pédicule de la tumeur disparaît sous la corde vocale droite et paraît s'insérer immédiatement au-dessous d'elle, près de son point d'union au cartilage thyroïde. Pendant l'expiration, la tumeur se meut et apparaît tantôt au-dessus des cordes vocales et tantôt dans la région sous-glottique. L'espace respiratoire est diminué d'environ un cinquième pendant l'expiration. Pas de dyspnée. Les cordes vocales sont légèrement congestionnées et ne peuvent arriver au contact pendant les efforts de phonation. Le rapprochement ne peut se faire, la tumeur venant se placer entre les deux cordes. Après plusieurs tentatives précédées d'un badigeonnage du larynx à la cocaïne et des pulvérisations à l'acide benzoïque, la tumeur put être enlevée. L'aphonie disparut à la suite de l'extraction. La tumeur n'a pas été examinée au microscope (*The Lancet*, 12 mars 1887.)

Œdème de la glotte *(œdema glottidis)*, par le Dr Christopher Nixon.

A l'Académie de Médecine d'Irlande, le Dr Nixon présente le larynx et la trachée d'un malade mort d'œdème de la glotte au cours du mal de Bright. (*The Dublin journal of med.*, séance mars 1887.)

Trachéotomie dans un cas d'œdème de la partie supérieure du larynx, guérison *(A success ful case of tracheotomy for œdema of upper part of the larynx)*, par le Dr Cheatham.

Le malade, âgé de quarante-deux ans, fut pris d'une gêne respiratoire qui s'accentua de plus en plus. L'auteur constate un œdème considérable de l'épiglotte et des aryténoïdes. La trachéotomie fut faite avec succès, malgré une abondante hémorrhagie. Le malade guérit. On ne put découvrir la cause de cet œdème. *(The Amer. pract. and News,* 28 mai 1887.)

Tubage du larynx chez un nègre. — Guérison (*Intubation of the larynx. — Recovery*), par le Dr F. Tipton.

Il s'agit d'un enfant nègre âgé de quatre ans ; l'auteur appelé à le voir le trouva dans un état d'asphyxie imminente ; il

était froid, cyanosé et sur le point de mourir. Il introduisit une première fois un tube de Dwyer; le tube était en place quand un aide maladroit tira sur le fil, chassant ainsi du larynx le tube qui fut avalé. Une seconde introduction fut plus heureuse. Le malade guérit. Le premier tube fut rendu par le rectum. (*The med. Record*, 20 mai 1887.) Dr J. Ch.

Le tubage du larynx substitué à la trachéotomie.

Aujourd'hui encore, on discute sur l'opportunité de la trachéotomie dans le croup et on n'est pas complètement d'accord sur le moment où elle doit être pratiquée. Or, récemment, un journal américain a indiqué une méthode de tubage proposée et pratiquée par le Dr O'Dwyer de New-York et consistant dans l'introduction d'un tube entre les cordes vocales. Cette méthode, qui est à peu près celle proposée par M. Bouchut, a pour but de permettre le passage de l'air dans la trachée. Couramment employé en Amérique, le tubage du larynx d'après les statistiques particulières ou hospitalières aurait donné 31 et même 34 0/0 de guérisons, alors qu'après la trachéotomie le nombre moyen de guérisons ne dépasse jamais 30 0/0. (*The Therapeutic Gaz.*, mars 15, 1886, p. 315, *Paris méd.* n° 5, 29 janvier 1887.)

Pendant l'incubation du croup n'existe-t-il pas de médication antiseptique préventive? par le Dr Ad. Dumas.

M. Dumas, cherchant une médication préventive de la diphtérie, a administré la teinture d'iode en potion à la dose de huit gouttes au maximum chez de petits malades dont les frères ou sœurs étaient morts du croup. Il possède par devers lui neuf observations de ce genre, où pas une seule fois il n'a vu survenir le croup. Sans se hâter de conclure définitivement, il serait heureux de voir des confrères expérimenter ce moyen dans des cas analogues aux siens, et en se plaçant dans les mêmes conditions. (*Bulletin génér. de Thérap.*, 30 janvier 1887.) M. Natier.

Tubage du larynx (*Intubation of the larynx*)
par le Dr Georges W. Mason.

L'auteur rapporte trois cas de croup dans lesquels il a pratiqué le tubage du larynx. Deux malades ont guéri, un troisième est mort. L'auteur préfère le tubage du larynx à la trachéotomie dans le croup. Il invoque en sa faveur les raisons suivantes : 1° Il n'y a point opération sanglante; 2° les parents et les amis du malade l'acceptent plus facilement que la trachéotomie; 3° il donne un plus grand nombre de guérisons; 4° le choc (shock) traumatique est supprimé; 5° tous les dangers d'infection par la plaie sont écartés; 6° il n'expose pas les poumons au danger de l'inflammation qui résulte de l'accès de l'air qui n'a pas été préalablement préparé par son passage dans les voies aériennes supérieures; 7° il n'empêche pas de pratiquer ensuite la trachéotomie si on le juge nécessaire. (*Med. News*, 26 mars 1887.)

Dr J. Ch.

Rétréoissement de la trachée-artère, à la suite de la trachéotomie.

Il s'agit d'un enfant de neuf ans, opéré de la trachéotomie (diphtérie), quatre ans auparavant et chez lequel se manifestèrent des signes de rétrécissement des voies respiratoires qui s'accentuaient surtout lorsqu'il faisait des efforts et aussi lorsqu'il était couché. Le laryngoscope permit de constater l'existence d'une tumeur granuleuse développée sur la plaie de la trachée. M. Krakauer, qui présente l'enfant, se propose d'enlever le néoplasme par la voie endolaryngée avec l'instrument de *Bœker*. Ce dernier ne croit pas à un rétrécissement mais bien à une tumeur granuleuse de la trachée; trois fois il a extirpé, par la partie supérieure du larynx, de semblables tumeurs sans blesser la trachée.

M. *Krakauer* se rallie à l'opinion de son contradicteur et fait observer en même temps qu'il ne saurait admettre comme Mackenzie, la préexistence de ces tumeurs qui s'observent toujours au niveau de la cicatrice. (*Sem. méd.*, 19 janvier 1887, n° 4.)

M. Natier.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

Albert (Ed.). — Opinions les plus récentes sur la nature de la grenouillette (*Allg. Wien. med. Ztg*, n° 31, 2 août 1887).

Albertin. — Kyste de la machoire supérieure (*Soc. des Sc. méd. de Lyon, Lyon méd.*, n° 29, 1887).

Anderson (W.). — Cancer de la lèvre (*Glasgow med. Journ.*, mars 1887).

Bateman (F.). — Logonévrose épileptique (*Encéphale*, juillet, août 1887).

Bayliss. — Phénomène électrique accompagnant la sécrétion de la glande salivaire chez le chien et le chat (*Internat. Monats. f. Anat. u. Physiol. Leipz.*, IV, 109, 1887).

Bœcher (C.). — Langue noire (*Hosp. Tid. Kjobenh.*, 3 R, V, 221-226 1887).

Boucher. — Calcul salivaire (*Arch. ital. di laring.*, fasc. 4, oct. 1887).

Bride (Mc.). — Tissu adénoïde de la base de la langue comme facteur de maux de gorge (*Edimb. med. journ.*, sept. 1887 et *Brit. med. J.*, p. 179).

Broca (A.). — Contribution à l'étude du développement de la face. Etude sur le bec-de-lièvre complexe de la lèvre supérieure (*Ann. de Gynécol.*, août 1887, p. 81).

Brugia (R.) **et Mateucci** (A.). — Deux cas rares de lésion de la langue (*Centralb. f. laryng.*, sept. 1887).

Chapman. — Myalgie du pharynx (*N.-Y. med. journ.*, 27 août 1887).

Cohen (Solis). Tuberculose pharyngée guérie (*The Polyclinic*, sept. 1887).

Coutenot. — Des angiomes de la langue (*Thèse Paris*, 1887).

Descroizilles. — Stomatite ulcéro-membraneuse (*Le Praticien*, 29 août 1887).

Desprès. — Cancer de la langue. Ablation avec l'écraseur, ligature des deux linguales (*Gaz. des hôp.*, 1er sept. 1887).

Diday. — Herpès récidivant de la langue (*Gaz. des hôpit.*, 2 août 1887).

Downie (W.). — Hémorrhagie après l'amygdalotomie (*Edimb. med. journ.*, sept. 1887).

Dubousquet-Laborderie. — Quelques considérations cliniques sur les amygdalites infectieuses (*Gaz. des hôp.*, 6 sept. 1887).

Duret. — Sur un angiome palatin (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 22 juillet 1887).

Frænkel (A.). — Infection septique consécutive à des lésions pharyngées (*Zeits. f. Klin. med.*, Bd VIII, I).

Fritsche (A.). — Modification du couteau annulaire de Lange pour l'amygdalotomie (*Deuts. med. Woch.*, n° 31, 4 août 1887).

Frœhlich. — Amygdalite folliculaire et péritonite idiopathique (*Deuts. med. Ztg.*, n° 73, 1887).

Fusi. — Corps étrangers de l'arrière-gorge, un crucifix, etc. (*Gazz. ed. di Torino*, 5 août 1887).

Giacich. — Valeur diagnostique et pronostique de la séméiologie de la langue (*Pester. med. chir. Presse*, n° 22, 1887, *in Centralb. f. Laryng.* sept. 1887).

Gill (Mc). — Remarques sur quatre cas d'excision de la langue (*Edimb. med. journ.*, août 1887).

Hoffmann. — Traitement curatif et préventif de l'angine tonsillaire (*Der prakt. Aerzt.*, n° 5, 1887).

Hope. — Hémorrhagie secondaire après l'uvulotomie (*The med. Rec. N.-Y.*, 13 août 1887, p. 189).

Illera. — Occlusion congénitale du pharynx (*Lancet*, Londres 1887, I, 742).

Ingals (Fletcher). — Suppuration de l'antre d'Higmore (*The Journ. of amer. med. Assoc.*, 30 juillet 1887).

Keimer. — Un cas d'angiome variqueux du voile du palais étendu à l'amygdale gauche et à la partie antérieure de la voûte du palais, guéri par l'électro-puncture (*Deuts. med. Wochensch.*, n° 33, 18 août 1887).

Knight. — Affections sensorielles de la gorge (*N.-Y. med. Journ.*, 27 août 1887).

Kumar. — De la glossite (*Wien. med. Blatter*, n° 19, p. 592 et 593, 1887, *in Centralb. f. laryng*, sept. 1887).

Leloir (H.). — Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la leucoplasie buccale (psoriasis buccal). *Archiv. de physiol, norm et pathol.*, n° 5, 1887).

Lublinski. — Tuberculose des amygdales (*Brit. med. Journ.*, 27 août 1887).

Massucci. — Contribution à l'étude du mal de Legal. Céphalalgie temporo-occipitale d'origine pharyngée (*Giornale internaz. di sc. med.*, n° 6, Naples, juin 1887).

M. D. — Paralysie du voile palatin (*Journ. of laryng.*, n° 8, août 1887).

Mollière. — Du cancer lingual (*La Province médicale*, 10 sept. 1887).

Monod. — Adhérence congénitale du voile du palais à la partie postérieure du pharynx (*Soc. de méd. et ch. de Bordeaux, in Journ. de med.*, n° 52, 24 juillet 1887).

Obalinski. — Technique de la pharyngotomie latérale destinée à permettre l'extirpation des amygdales hypertrophiées (*Centralb. f. Chirurgie*, n° 28).

Philips (W. C.). — Contribution à l'étude des maladies de la luette (*Med. Rec.*, N.-Y., XXXI, 293, 1887).

Rethi. — Des nerfs de la sensibilité du pharynx (*Intern. Klin. Rundschau*, 1887).

Rice (Cl. C). Hypertrophies glandulaires et conjonctives des parties latérales du pharynx (*The N.-Y. med. Journ.* 17 sept. 1887).

Rochet. — De l'épithéliome labial, lingual et jugal chez la femme (*Province méd.*, n° 21, 21 mai 1887).

Rolland (A. J. B.). — De la pharyngite granuleuse (*Gaz. méd. de Montréal*, juin 1887).

Ruault. — Névroses réflexes d'origine amygdalienne (*Soc. clin. de Paris*, 26 mai 1887).

Salzer. — Démonstration d'un cas de tuberculose de la langue (*Anzeigo*, 3 mars 1887, *in Centralb. f. Laryng.*, sept. 1887).

Schiffers. — Traitement du catarrhe du sinus maxillaire (*Revue mens. de Laryng., Otol., etc.*, n° 6, juin 1887).

Seifert. — Crampe chronique du voile du palais avec troubles objectifs du côté de l'oreille à la suite d'une rhinite chronique (*Internat. Klin. Rundschau*, 29, 1887).

Suzanne. — Recherches anatomiques sur le plancher de la bouche, pathogénie de la grenouilette commune (*Thèse Bordeaux* et *Arch. de Phys.*, 15 août 1887).

Stern (M. J). — Un cas d'ulcération phlegmoneuse de la gorge (*Med. Register Philadelphia*, 1887, I, 318).

Stetter. — Opération plastique pour remédier à une destruction du nez (*Verein f. Wissensch. Heilk. zu Kœnigsberg*, 21 févr. 1887, et *Berlin. Klin. Woch.*, n° 37, 12 sept. 1887).

Vergely. — De la céphalée postérieure, ses relations avec les maladies du pharynx (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 11, 18, 25 sept. 1887).

Wells. — Erysipèle du pharynx (*New England med. monthly*, 1886-87, VI, 253).

Will. — Extirpation des amygdales hypertrophiées (*Verein f. Wissensch. Heilk. zu Kœnigsberg*, 25 avril, et *Berl. Klin. Woch.*, nº 37, 12 septembre 1887).

Zenner. — Un cas de spasme de la bouche chez un commissaire priseur (*Berlin, klin. Woch.*, nº 17, 1887).

Nez et Pharynx nasal.

Ady. — Tamponnement dn nez (*Correspond. du Med. and Surg. rep.*, 30 juillet 1887, p. 160).

Alvin. — L'irrigation d'eau très chaude contre les épistaxis graves (*La Loire méd.*, 15 août 1887, nº 8).

Bresgen (Max.). — Tuherculose ou lupus de la mnqueuse nasale (*Separatab., aus der Deuts. Med. Woch.*, 1887, nº 30).

Bresgen (Max). — Tuherculose au lapus de la muqneuse nasale. Réponse an Dr Max Schæffer (*Deuts. Med. Woch.*, nº 32, 11 août 1887).

Bresgen (Max). — Tuberculose dn lupus de la muqueuse nasale. Répliquc à la réponse de Max Schœffer dans le numéro 32 de la d. W. (*Deuts. med. Woch.*, nº 37, 15 sept. 1887).

Bucklin (C. A.). — Sténose nasale ; ses résultats sur les yeux, les oreilles, le pharynx, le larynx et le cerveau (*N.-Y. med. Times*, 1887, 8. XV. 39-43).

Buffum (J. H.). — Symptômes oculaires consécutifs à des troubles réflexes du nez (*The med. Era. Chicago Sharz*, 1887, in *Centralb. f. Laryng.*, septemhre 1887).

Campbell. — Opération plastique pour le cas de destruction du nez par la syphilis (*The Lancet*, 17 sept. 1887).

Cheatham (W.). — Végétations adénoïdes de la voûte du pharynx ; la troisième amygdale ou amygdale pharyngée (*South Earsten Med. Gazette Louisville* 1887, I. 104).

Cheatham. — Hypertrophie de l'amygdale pharyngée (*The Amer. pract. and news*, 3 sept. 1887).

Dupont. — Etnde snr la syphilis du nez et des fosses nasales (*Thèse de Bordeaux*, O. Doin, édit., 1887).

Duret. — Epithélioma des fosses nasales (*Soc anat. clin. de Lille, in Journ. des Sc. med.*, 2 septembre 1887).

Erwin. — Epistaxis associée à une hypertrophie des amygdales (*The Med. Rec.*, 27 août 1887).

Eryabran. — Etude anatomo-clinique de la glande de Luschka (angine de Tornwald) *Thèse*, Paris 1887).

Farnham (A. B.) — Pinces coupantes pour le nez et opération nasale non sanglante (*N.-Y med. Journ.*, 1887. XLV, 578).

Ferré. — Rhinolithe (*Soc. Anat. de Bord.*, 20 juin 1887).

Firwe. — Blennorrhée du nez (*Berl. Klin. Wochensch.* nº 35, 29 août 1887).

Fritsche. — Tamponnement prophylactique et antiseptique des fosses nasales comme moyen préventif d'opérations au galvano-cautère (*Therap. Monatsch.*, nº 8, 1887).

Frontis. — Le coryza et son traitement (*New-Orleans Med. et Surg. Journ.*, 1886-87, nº 5. XIV, 739).

Glascow (W.). — De quelques précautions pour calmer les migraines congestives (*The N.-Y. med. journ.*, 3 septembre 1887).

Hartmann. — Instruments pour l'examen et le traitement des maladies de l'oreille et du nez (*Monatsch. f. Aerztl. Polyt*, 1887, n° 6).

Hartmann (A.).— Du croup de la muqueuse nasale. Rhinite fibrineuse (*Deuts. med. Woch.*, n° 29, 21 juillet 1887).

Heller. — De l'importance des affections naso-pharyngiennes (*Munch. med. Woch.*, n° 32. 9 août 1887).

Heurtaux. — Polype muqueux du nez (*Soc. anat. de Nantes*, 13 juillet 1887).

Hopmann (C. M.). — Que faut-il entendre par polype du nez, etc.? *Monats. f. Ohrenheilk.*, juin-juillet 1887, n°s 6 et 7 p. 152-188).

Ingals (Fletcher). — Epistaxis (*Med. News*, 23 juillet 1887).

Jinne. — Empyème de l'antre d'Highmore (*Norsk Magazin for Laegevidenok*, juillet 1887).

Jsch-Wall. — Du tissu érectile des fosses nasales (*Progrès méd.*, 10 et 17 septembre 1887).

Johnston (S.). — Un cas de tumeur naso-pharyngienne (*N.-Y. med. Journ.*, 1887. XLV, 458).

Knight (C. H.). — Maladies du nez, de la bouche et du cou; extraits et résumés (*The med. Analectic, N.-Y.*, 1887).

Mackenzie (J. N). — Etude historique des névroses nasales d'origine réflexe (*The N.-Y. med. Journ.*, 20 août 1887).

Major (G. W.). — Enlèvement d'un corps étranger du nez, sept ans après son introduction (*Canada med. Surg. Journ.*, juin 1887).

Megevand. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique des maladies de la voûte du pharynx (Genève 1887).

Moorhead. — Hay fever (*Correspond. du Brit. med. journ.*, 23 juillet, p. 226).

Morell-Mackenzie. — Traité pratique des maladies du nez (*Traduct.* J. Moure et Charazac, Paris 1887).

Morgan (E. C.). — La bourse pharyngienne et ses relations avec les maladies du nez (*Maryland Med. journ.*, 1887).

Moure (E. J.). — Sur un cas de chancre induré de la fosse nasale droite (*Revue mens. de laryng.*, n° 7, juillet 1887).

Natier. — Deux cas de déviations de la cloison du nez (*Soc. Anat. de Bord.* 24 juin 1887).

Osbonne Walker. — Méthode simple pour enlever les corps étrangers de la partie antérieure du nez (*The Lancet*, 17 sept. 1887).

Roé. — Hay fever. Analyse de 42 cas traités par l'auteur, résultats du traitement (*The N.-Y. Med. Journ.*, 3 septembre 1887).

Rolland (J. B.). — De la rhinite aiguë (*Gaz. méd. de Montréal*, août 1887).

Rood (L. D). — Un cas grave d'épistaxis (*Med. Rec. N.-Y.*, 1887, XXI, 519).

Roux (F.). Le traitement du coryza (*Revue gén. de clin. et thérapeut.*, 22 sept. 1887).

Rumbold. — Additions à la nomenclature médicale des maladies du nez et de la gorge (*Saint-Louis Med. a Surg. Journ.* Août 1887, n° 2).

Seanes-Spicer. — De la distension des veines transversales du nez chez les entants, leur pathologie et leur traitement (*Brit. med. journ.*, 27 août 1887).

Schauss (A.). — De la déviation de la cloison du nez (*Arch. f. klin. chir.* XXXV. 1. p. 147, 1887).

Schnitzler. — Traitement de l'asthme bronchique (*Mittheil des W. M. B. C.* nº 13 et 14, 1887. *Ext. of Internat. Centralb. f. laryng.*, etc., septembre 1887).

Schmiegelow. — Second rapport de la clinique des maladies de l'oreille, du nez et du larynx à l'hôpital de Copenhague; 48 pages (*Hospital's Teidende*, 1887).

Schœtz. — Végétation adénoïde (*Norsk mag. Laeg.*, août 1887).

Seifert (O.). — De la rhinite croupale (*Münch. med. Woch.*, nº 38, 20 septembre 1887).

Seiss (R. W.). — Le thymol dans le traitement du catarrhe nasal atrophique (*Med. News*, Philadelphie, 1887. t. 370).

Seth S. Bishop. — Hay fever (*The Journ. of Amer. med. Assoc.*, 23 juillet 1887).

Seth H. Bishop. — Morphine et atrophine dans l'Hay fever (*Correspond. de The Journ. of Amer. med. Assoc.*, 6 août 1887).

Slover-Allen. — Un nouveau serre-nœud (*Med. News*, 16 juillet 1887 p. 81).

Smith (Watson). — Note sur l'action réflexe des nerfs olfactifs sur les nerfs du palais et de l'estomac (*Med. chronicle Marz*, 1887. *Centralb. f. laryng.*, septembre 1887).

Stieda. — Des amygdales pharyngées (*Verein f. wissenschaft Heilk. zu Kœnigsberg*, 7 mars 1887. *Berl. klin. Woch.*, 12 septembre 1887).

Strauch (P.). — Recherches relatives à un micrococcus rencontré dans les secrétions du pharynx nasal (*Monats. f. Ohrenheilk*,, juin-juillet 1887. nºˢ 6 et 7, p. 149-181).

Stucky. — Corps étrangers du nez. Extraction (*Amer. Practit. and News*, Louisviile 1887, III. 137).

Tédenat. — L'ozène vrai (*Montpellier méd.*, nº 3, 1er août 1887).

Thost. — Relation entre les affections nasales et pulmonaires (*Deuts. med. Woch.*, nº 35, 1887).

Thudicum. — Nature et traitement des hypertrophies et tumeurs des cavités nasales et pharyngiennes (*The Lancet*, 27 août 1887).

Wade. — Traitement de l'épistaxis (*Med. Press and circ.*, p. 521, 1887).

Vilbiss. — Traitement de la rhinite aiguë et chronique (*Cleveland Med. Gaz.* 1886-87, II. 195),

Villedary. — Contribution à l'étude des varices nasales et leur traitement (*Thèse, Bordeaux*, 1887).

Welmer (R.). — Affections nasales liées au coryza; quelques considérations spéciales sur leur traitement (*Deuts. med. Ztg*, nºˢ 61, 62 et 63, août 1887).

Weir (D.-F.). — Fibro-sarcome du nez enlevé à l'aide de l'écraseur de Chassaignac; récidive du côté du cerveau (*N.-Y. Med. Journ.* 1887. XLV. 282).

Woakes. — Discussion sur les névroses réflexes du pharynx nasal (*Brit. med. Assoc. in Brit. med. Journ.*, 27 août 1887, p. 62).

Larynx et Trachée.

Agnew. — Excision du larynx et du pharynx (*Med. News Philad.*, I. 441).

Archambault. — Pièce de 0 fr. 50 tombée dans le larynx, tentatives infructueuses par les voies naturelles, thyrotomie, guérison (*Gaz. des hôpit.*, 25 août 1887).

Ariza. — Tuberculose laryngée (*Rivista de lar., ot.*, etc., nº 2, août 1887).

Ariza. — Papillome laryngien volumineux, obstruction de l'orifice glottique, trachéotomie, guérison (*Rivista de med. y cirurg. pract.* 7 août 1887).

Arnold. — Ulcération mixte (syphilitique et tuberculeuse) de la gorge (*Pacific med. et surg.Journ. San-Francisco*, 1887, XXX, 213).

Bandler (A.). — Abcès idiopathique du larynx (*Prager med. Woch.*, nº 34, 24 août 1887).

Barbon. — Paralysies du larynx (*Thèse Paris*, 1887).

Block (Alois). — Contribution à l'étude de la laryngite hémorrhagique(*Wien. med. Presse*, nº 33, 14 août 1887).

Bouchard. — Aliénation mentale et mutisme hystérique (*Annales méd. psych.*, sept. 1887).

Bouchut. — Tubage du larynx (*Paris méd.*, 13 août 1887).

Caillé. — Tubage du larynx (*Berl. Klin. Woch.*, nº 32, Paris 1887).

Case (A.-G.). — Intubation du larynx pour une laryngite membraneuse, guérison (*Pittsburg med. Review*, 1886-87, I, 111).

Cerné. — Le tubage du larynx dans la diphtérie (*La Normandie méd.*, 1er sept. 1887).

Championnière (Paul-Lucas). — Quelques nouveaux modes de traitement de la phtisie pulmonaire et laryngée (*Journ. de méd. et chir. prat.*, mai 1887).

Charazac. — Les sulfureux dans la tuberculose laryngée (*Revue méd. de Toulouse*, 15 août, 1er et 15 sept 1887, nos 16, 17 et 18).

Chiarella et Novaro. — Considérations sur un nouveau cas d'extirpation totale du larynx, de l'os hyoïde et d'une partie du pharynx (*Arch. ital. di laring.*, fasc. 4, oct. 1887).

Chittenden (Ch.). — Trachéotomie et insufflation chez les nouveaux-nés (*Corresp. de The Lancet*, 13 août 1887, p. 346).

Cohen (Solis). — Cautérisation électrique et avulsion des polypes des cordes vocales (*Med. News*, 3 sept. 1887).

Dauvin. — Le vertige laryngé (*Journ. de médec. de Paris*, 7 août 1887).

Defontane. — De la trachéotomie (*La Prat. méd.*, 6-13-20 sept. 1887).

Denison (C.). — Ma première intubation du larynx. Guérison (*Journ. amer. med. Assoc. Chicago*, 1887, VIII, 342).

Donaldson (F.) — Recherches ultérieures sur la physiologie du récurrent (*N.-Y. med. Journ.*, 6 et 13 août 1887).

Eichberg (J.). — Tubage du larynx. Six cas nouveaux (*Cincinnati Lancet clinic.*, 1887, XVIII, 321).

Eppenger. — Anatomie pathologique du larynx et de la trachée (*Kleb's Handb. der pathol. Anat.*).

Fort. — Nouveau procédé pour l'extraction de certaines tumeurs du larynx, crico-trachéotomie sans canule (*Gaz. des hôpit.*, 9 août 1887).

Saint-Germain. — Chloroforme et trachéotomie (*Trib. med.*, 14 août 1887).

Hartwich (H.). — Innervation du larynx, paralysie et contracture des cordes vocales (*Iena* 1887, B. *Engan*, 51 p., in-8º).

Hoadley. — Tubage profond du larynx substitué à l'intubation avec neuf observations et présentations d'instruments (*Journ. amer. med. assoc. Chicago*, 1887, VIII, 337).

Hoffa. — Conséquences de l'extirpation du larynx (avec présentation de malades) (*Physik. med. Gesells. zu Wurzburg*, B. VII, et *Münch. med. Woch.*, nº 32, 1887).

Hoffa. — Conséquences de l'extirpation du larynx (avec présentation de malades) (*Physik. med. Gesells. zu Wurzburg*, 23 juin 1887).

Hooper (F.). — Anatomie et physiologie des nerfs récurrents (*N.-Y med. Journ.*, 16 et 23 juillet et 6 août 1887).

Jacobson (A.), — Anatomie et physiologie du muscle thyro-aryténoïde (*Arch. f. mikroskop. anat.*, T XXIX).

Jascher (J). — Intubation intra-ventriculaire du larynx (*Chicago med. Times*, 1887-8, XIX, 53).

Jennings. — Trachéotomie et insufflation chez les nouveaux-nés (*Corresp. de The Lancet*, 23 juillet 1887).

Kayser (R.). — Un cas de corps étranger du larynx (*Monats. f. Ohrenheilk.*, juin 1887, nº 6, p. 156).

Kellogg. — Crampe laryngienne des musiciens et des orateurs (*The med. Rec.*, 23 juillet 1887).

Kohler. — A propos de 24 extirpations du larynx faites depuis 1876 (*Deuts. Zeitsc. f. chirurgie*, nº 26, H., I. II).

Lannegrace. — Diagnostic différentiel de certaines formes de laryngite (*Montpellier méd.*, nº 2, 16 juillet 1887, p. 87).

Lennox-Browne. — Sténose laryngée (*Brit. med. Assoc., in Brit. med. J.*, 27 août 1887).

Levy et Etienne. — Un cas de rétrécissement congénital du larynx (*Rev. méd. de l'Est*, nº 15, 1er août 1887).

Loretta. — De la laryngotomie dans les maladies du larynx (*Boll. delle sc. med.*, mai et juin 1887).

Lublinski. — Un cas de sténose de la trachée; heureux résultat obtenu par le cathétérisme de la trachée (*Berl. Klin. Wochensch.*, nº 37, 12 sept. 1887).

Mac Bonagh. — Tuberculose du larynx (*Ontario med. Assoc. Canada med. surg. Journ.*, juillet 1887.

Mackensie (Hunter). — Traitement de la phtisie laryngée (*Brit. med. journ.*, 27 août 1887).

Major (G. W.). — Enlèvement d'une coquille de noix enfoncée dans le larynx (*Canada med. surg. Journ.*, mai 1887).

Masini. — Sur les centres moteurs du larynx, étude expérimentale et clinique (Poggibonsi, 1887).

Morra. — Contribution à l'étude des corps étrangers des voies aériennes (*Arch. de la roy. acad. de Turin, in Riforma med.*, nº 172, 1887).

Moura. — Classification des muscles du larynx (*Revue mens. de laryn.*, nºs 7 et 9, juillet et septembre 1887).

Newman (D.). — Eclat de balle de carabine enlevé du ventricule gauche du larynx (*Glasgow. med. Journ.*, mai 1887).

Obalinski (A.). — De la chirurgie actuelle du larynx (*Wien. med. Presse*, nºs 30-31, 24-31 juillet 1887).

Oliveira de Castro. — Traitement de la laryngite chronique (*Rivista de med. dosimetr.*, février 1887).

Oppenheim. — Observation de tabes accompagné de crises gastriques et laryngées et de spasmes de la déglutition.

Palacios. — Syphilis laryngée (*Los avisos*, 10 juin 1887).

Partridge. — Tubage du larynx (*Arch. of Pediat. Philadelphia*, 1887, IV, 154).

Percy Kidd. — Paralysie bilatérale des dilatateurs de la glotte, parésie consécutive des constricteurs (*The Lancet*, 23 juillet 1887).

Polherat. — Corps étrangers du larynx (*Soc. Anat.*, Paris, 8 juillet 1887).

Prior (J.). — De l'iodol et de son efficacité thérapeutique dans les affections tuberculeuses et autres du larynx et du nez (*Münch. med. Wochensch.*, n° 37, 20 sept 1887).

Proser-James. — Phtisie laryngée (*Disc. à la Brit. med. Assoc.* 55e ann., *Meet.*, 2 au 5 août 1887, *in Brit. med. J.*, 27 août).

Roquer Casadesus (J.). — Enchondrome intrinsèque du larynx, trachéotomie, épithéliome pharyngien, mort (*Rivista de lar., ot.*, etc., n° 1, juillet 1887).

Roser. — Laryngoscope fixe (*Centralb. f. Chirurgie*, n° 28, 1887).

Rossbach. — Sténoses cicatricielles du larynx (*Korrespond. bl. d. Allg. œrztl. Ver. v. Thüringen*, 4, 1887).

Roux. — Carcinome et section circulaire de l'œsophage. Excision du larynx et du corps thyroïde, guérison (*Revue méd. de la Suisse romande*, 15 août 1887).

Sajous (Ch.). — Etudes des principales objections faites au tubage (*N.-Y. med. Journ.*, 23 juillet 1887).

Schrakampf. — Trois cas rares de trachéotomie (*Berl. Klin. Wochensch.*, n° 32, 29 août 1887).

Schrakampf. — Contribution à l'indication, au procédé et au traitement consécutif de la trachéotomie dans le cas de croup et de diphtérie (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, Bd., 3, 4, 1887).

Schrœtter.— Œdème du larynx (*Allg. Wien. med. Ztg*, n° 32, 9 août 1887).

Schœtz. — Présentation d'instruments pour le tubage du larynx (*Berl. med. Gesells.*, 27 juillet 1887, n° 63, p. 707).

Schwald. — Injections sous-cutanées dans la trachée de liquides qui se répandent dans les poumons et tout l'organisme (*Deuts. Archiv. f. Klin. med.*, XXXIX).

Semon (P.). — De l'importance actuelle de la laryngologie et du rôle qu'elle aura bientôt (*Internat. Centralb. f. Laryng.*, etc., août 1887).

Senesse. — Traitement local de la phtisie laryngée (*Thèse de Bordeaux*).

Senn. — Extirpation du larynx (*Corresp. de The Journ. of Amer. med. assoc.*, 9 juillet 1887, p. 62).

Sota y Lastra (R.). — Laryngite hémorrhagique (*Revista med. de Sevilla*, 15 juillet 1887).

Spannocchi.—Sutures métalliques thyro-hyoïdiennes (*Gaz. degli ospit.*, n° 59, 24 juillet 1887).

Stocker. — Un nouvel aide pour la trachéotomie (*Brit. med. assoc. in Brit. med., J.*, 27 août 1887).

Strübing. — Ludwig Mende et ses travaux en laryngologie. Etude historique (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, juin 1887, n° 6, p. 158).

Thost. — Traitement de la sténose du larynx (*Société de méd. de Hambourg*, 12 juillet 1887, et *Münch. med. Woch.*, n° 29, 19 juillet 1887).

Tissier. — Complications laryngées de la fièvre typhoïde (*Ann. des mal. de l'or. et du larynx*, n° 8, 1887).

Trifiletti. — Un cas probable de tuberculose laryngée primitive (*Bollet. delle mal. dell' Orech.*, etc., n° 5, 1er septembre 1887).

Durso. — Trachéotomie pour un corps étranger (*Giorn. int. delle sc. med.*, an IX, n° 7, Naples, 1887).

Virchow. — Pachydermie du larynx (*Berl. med. Gesells.*, 27 juillet 1887. *in Deuts. med. Ztg*, n° 62, p. 698).

Waxham. — Tubage du larynx avec rapport de 134 opérations (*The Journ. of Am. med. assoc.*, 30 juillet 1887).

Waxham (F. E.) — Instruments modifiés pour le tubage (*Chicago med. Journ. a. Examiner*, 1887, LIV, 300).

Wegener. — Paralysie musculaire du larynx, symptomatique du tabes dorsalis (*Thèse de Berlin*, 1887).

Woakes. — Discussions sur les névrosos réflexes du pharynx nasal (*Brit. med. assoc.*, Dublin, du 2 au 5 août 1887).

Wroblewski (W.). — Granulome du larynx opéré avec la curette (*Medycyna*, n° 22, 1887).

X... — Tubage du larynx (*Med. Regist. Philadelphia*, 12 février 1887, *in Centralb. f. Laryng.*, septembre 1887).

X... — Tumeur bénigne du larynx (*Correspondance du N.-Y. med. Journ.*, 23 juillet 1887, p. 103).

X... — Spasme laryngé des chanteurs et des oratcurs (*Riforma med.*, an III, n° 185, Naples 1887).

X... — Tubage du larynx (*Riforma med.*, an. III, n°s 159 et suiv. 1887).

Zenker. — De la *Pachydermia verrucosa* du larynx (*Münch. med. Woch.*, n° 32, 9 août 1887).

Zesas. — Un cas d'infection purulente généralisée due à l'implantation d'une aiguille dans le larynx (*Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzt.*, I, VIII, 1887).

Oreilles

Acal.—Récepteur auriculaire (*Rivista di Sanid. milit.*, Madrid, 1er sept. 1887).

Allard. — Furoncle de l'oreille (*Le Scalpel*, n° 4, 24 juillet 1887).

Barck. — Un cas d'abcès du cerveau après une otorrhée, antopsie (*Saint-Louis med. a. surg. Journ.*, juillet 1887).

Baroncz. — Trois cas de trépanation de l'apophyse mastoïde (*Prc. lek.*, n° 4, 1887).

Barr (Th.). — Du bourdonnement. Discussion, p. 460 (*Brit. med. Journ.*, 27 août 1887).

Bechterer. — A propos de l'origine du nerf acoustique et de l'importance physiologique du nerf vestibulaire (*Neurol. Centralb.*, 9, 1887).

Bennett. — Affections sympathiques de l'oreille (*The Lancet*, 30 juillet 1887).

Berthold. — Tympans artificiels avec la membrane testacée de l'œuf (*Verein f. Wissenschaft Heilk. zu Kœnigsb.* et *Berl. Klin. Woch.*, n° 37, 12 septembre 1887).

Bettmann et **Spanling.** — Rapport sur les progrès de l'otologie dans la dernière moitié de l'année 1886 (N.-York, 1887).

Boettcher. — Comment se développe la sansation de l'ouïe dans le limaçon? (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXV, 1, u. 2, H, p. 1, 5 août 1887).

Boullangier. — Traitement, par la trépanation hâtive, des abcès intra-mastoïdiens (*Thèse Bordeaux*, 1887).

Bürkner. — Rapport sur les cas observés à la polyclinique des maladies de l'oreille de Gœttingen en 1886 (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXV, 1 u 2, H, p. 101, 5 août 1887).

Burnett. — Examen de quinze sourds-muets, au moyen de l'otophone de Maloney (*Amer. Otol., Soc.*, juillet, 1887).

Burnett (Ch.). — Extirpation d'un exostose du conduit osseux, suivie d succès (*Amer. Otol. Soc.*, 19 juillet 1887).

Burnett. — Rapport sur les progrès de l'otologie (*Philadel. med. Times*, 6 août 1887).

Cozzolino. — Relevé des malades traités de 1883 à 1887 (*Bollett. del. Sc. med.*, juillet et août 1887).

Corradi. — Deux cas d'anémie grave avec surdité bilatérale (Vérone, 1887).

Delstanche. — Considérations sur l'emploi du tympan artificiel (*La Clinique*, 21, 28 juillet. et 4 août 1887.)

Fins. — Contribution à l'étude des affections de l'oreille moyenne dans l'enfance (*Jasrb. f. Kinderheilk.*, Bd. XXXVI, H 3, 4).

Giampietro. — Abrégé sur les maladies de l'oreille, du nez, etc. (*Ier liv. tipog. Gambetta*, Naples, 1887).

Gradenigo. — Contribution à l'étude de l'otite interne primitive (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXV, 1 u. 2 H, p. 46, 5 août 1887).

Gomperz. — Rapport sur le huitième Congrès « des Otologistes du Sud et de la Suisse » à Vienne, le 11 avril 1887 (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXV, 1 u. 2 H, p. 90, 5 août 1887).

Gruber (J.). — De la présence du pus verdâtre dans l'oreille (*Monats. f. Ohrenheilk.*, juin-juillet 1887, nos 6 et 7, p. 145-178).

Habermann (J.). — Contribution à l'anatomie pathologique de l'organe de l'ouïe (*Sonderabd. aus der « Ztch. f. Heilk. »* Bd. VIII (Prag., 1887, *Durch der K. K. Hofbuchd. A. Hasse*).

Hartmann (traduit par **Erskine**). — Les maladies de l'oreille et leur traitement (Edimbourg, 1887).

Holt.— Une poudre efficace, avec remarque sur l'emploi des poudres dans le traitement des maladies de l'oreille (*Amer. Otol. Soc.*, juillet 1887).

Jakins. — Toux auriculaire (*Practit. Londres*, p. 422, 1887).

Katz. (L.). — Contribution à l'étude anatomique du labyrinthe membraneux (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, etc., no 7, juillet 1887).

Kirchner. — Formations diverticulaires dans la trompe d'Eustache de l'homme (*Sonderabd. aus Festchr. f. Albert von Kœlliker*, Leipzig, W. Engelmann, 1887).

Kirchner. — Des maladies du labyrinthe (*Sitzungs der physik., med. Gesells*, Wurzburg, XII, 1887).

Knapp. — Examen du pouvoir auditif et comment il faut noter ses résultats (*Amer. Otol. Soc.*, 19 juillet 1887, *in med. News*).

Koll. — Rapport sur le mouvement de la polyclinique pour les maladies des oreilles à l'Université de Bonn pendant l'année 1886-87 (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXV, 1 u. 2 H, 5 août 1887, p. 73).

Kœnig. — De l'acuité auditive et de sa détermination au moyen du diapason par la voie extra-cranienne (*Archiv. f. Anat. u. Phys.*, p. 345, 1887).

Lazzeri. — Quelques mots sur l'éducation des sourds-muets (Turin, 1887).

Lewis (R.-H.). — Réflexions pratiques sur les corps étrangers de l'oreille (*North. Car. N.-Y. Wilmington*, 1887, XIX, 296-300).

Lope Carralero. — Polypes de l'oreille (*Gaceta Oftalmol. Otol.*, etc., août, *Rivista di laring.*, etc., no 1, juillet 1887).

Marian. — Rapport sur les maladies de l'oreille, traitées en 1885-1886 (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXV, 1 u 2 H, p. 63, 5 août 1887).

Ménard et **Haguin.** — Accidents épileptiformes et vertige de Ménière. Difficulté de diagnostic (*Journ. des Sc. med. de Lille*, 22 juillet 1887).

Mendel. — Surdi-mutité hystérique (*Berlin. med. Gesells.*, 13 juillet 1887, *in Deuts. med. Ztg*, no 58, p. 652).

Miot. — Réflexions sur l'obstruction de la trompe chez un diabétique (*Revue mens. de laryng.*, etc., n° 6, mai 1887).

Miot. — Des pressions centripètes et centrifuges sur la membrane du tympan comme moyen de diagnostic et de traitement (*Revue mens. de laryng.*, n° 7, juin 1887).

Phillips (S. L.). — Syphilis secondaire de l'oreille moyenne ; paralysie faciale unilatérale (*South. M. Rec Atlanta*, XVIII, 268-270, 1887).

Politzer. — De l'eczéma de l'oreille (*Ann. des mal. de l'or.*, etc., n° 8).

Politzer. — De l'otite moyenne purulente aiguë (*Revue génér. de Clin. et de Thérap.*, 1 et 8 septembre 1887).

Pratolongo. — Note thérapeutique sur l'otologie (*Bollet. delle mal. dell' Orech.*, etc., n° 5, 1887).

Puig.— Essai sur les blessures de l'oreille par arme à feu(*Thèse Lyon*, 1887).

Purjesz (J.). — Traitement des polypes de l'oreille (*Orvosi heti Szemle*, Budapest, II, 349-351, 1887).

Rohden und Kretschmann. — Rapport sur le mouvement de la clinique des oreilles à l'Université de Halle en 1886 (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXV, 1 u. 2 H, p. 106, 5 août 1887).

Rolland (A. J. B.). — De l'eczéma du pavillon de l'oreille (*Gaz. méd. de Montréal*, juillet 1887).

Rolland (A. J.B.). — Coup d'œil sur l'otologie (*Gaz. méd. de Montréal*, mai 1887).

Roosa (J.). — I. Diagnostic différentiel des affections de l'oreille moyenne et du labyrinthe. II. Remarques sur un cas d'abcès du cerveau. III. Suppuration du tympan chez un Brightique (*Amer. Otol. Soc.*, 19 juillet 1887).

Rummo. — Un cas de vertige de Ménière (*Riforma med.*, n° 37, Naples).

Salelles. — Otomycosis (*Rivista di lar. otol.*, n° 3, sept. 1887).

Schmiegelow. — De l'aliénation, des mouvements forcés et autres névroses occasionnées par les maladies de l'oreille moyenne (*Revue mens. de laryng.*, n° 8, août 1887).

Schutte. — Le premier semestre de ma clinique pour les maladies de l'oreille et du nez, à Parme (Milan, 1887).

Sexton. — Excision des osselets de la caisse dans l'inflammation suppurée chronique de l'oreille moyenne (*Amer. Otol. Soc.*, juillet 1887).

Simon (P.). — Otite moyenne suppurée ancienne chez un enfant de neuf ans carie ; phlébite du rocher des sinus, etc. (*Revue médicale de l'Est*, n° 17, 1er sept. 1887).

Smith. — Suppuration de l'oreille, méningite suppurée, mort ; autopsie(*The Lancet*, p. 312, 13 août 1887).

Snell. — Vices de conformation congénitaux de l'œil et de l'oreille (*Practit.*, XXXVIII, 261-266, Londres 1887).

Spear, — Remarques sur le tympan, observations (*Boston med. a. surg. Journ.*, 25 août 1887).

Suñé (L.), — Les tympans do Nicholson (*Rivista di lar, otol.*, etc., n° 3, sept. 1887).

Szenes (S.). — Rapport sur l'ambulatorium du professeur J. Bœke pour les maladies de l'oreille à Rochusspital pendant l'année 1886 (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd., XXV, 1 u. 2, H, p. 55, 5 août 1887).

Theobald. — Syphilis du labyrinthe (*Amer. Otol. Soc.*, juillet 1887).

Thompson. — Otite moyenne suppurée aiguë et chronique (*Mississ. Valley med. Assoc. in the Améric. Pract. a. News*, n° 42, 6 août 1887).

Vergely et **Moure** — Corps étrangers de l'oreille (*Soc. Anat. de Bordeaux*, 21 juin 1887).

Wagnier. — Tympan artificiel (*Revue mens. de laryng.*, n° 6, mai 1887).

Warden. — Surdi-mutité et mariages consanguins (*Brit. med. Journ.*, discussion, p. 461, 27 août 1887).

Webster. — Quelques-unes des causes des affections non suppurées de l'oreille et des meilleurs moyens de les éloigner (*Weekly med. Rev.*, 6 août 1887).

Whittell. — Un nouveau moyen pour enlever les polypes de l'oreille (*Pacific med. and surg. J.*, *San-Franc.*, p. 385, 1887).

Williams. — Abcès de la caisse, perforation du tympan et de leur traitement (*Saint-Louis med. a. surg. Journ.*, 7 septembre 1887).

Williams. — Abcès de la caisse. Perforation du tympan et leur traitement (*Saint-Louis med. a surg. J.*, n° 3, sept. 1887).

X... — De la vue et de l'ouïe des employés du chemin de fer (*Cincinnati Lancet Clinic.*, 9 juillet 1887).

Croup et Diphtérie.

Arbaleya. — Emploi du copahu à l'intérieur dans la diphtérie (*Corresp. méd.*, 16 mai 1887).

Baratoux. — Diagnositc, pronostic et traitement de la diphtérie (*La Prat. méd.*, 9 et 15 août 1887).

Binet (P.). — Néphrite aiguë pendant la convalescence d'une diphtérie (*Revue méd. de la Suisse romande.*, juillet 1887).

Boudet. — Scarlatine et diphtérie (*Journ. de la Haute-Vienne*, n° 8, août).

Bradfute(C. S.). — Quelques considérations sur le traitement de la diphtérie (*South clin.*, Richmond, 1887, X, 135).

Brothers. — Diphtérie, laryngo-trachéo-bronchique, tubage. (*The med. Rec.*, 23 juillet 1887).

Brothers. — Diphtérie, mort après le tuhage (*The N.-Y. med. Journ.*, 17 septemhre 1887).

Cari. — L'épidémie de diphtérie (*Revista med. quirurg.* Buenos-Ayres, n° 2, 23 avril 1887).

Delaet. — Angine diphtéritique suivie de paralysie des membres et de caverne dans le poumon (*Arch. de méd. belges*, Brux., 1887, 25, XXXI, 100-106).

Gill. – Traité de la diphtérie historique, (traduction du livre de M. Sanné, New-York, 1887).

Gomez de la Mota. — Angine diphtéritique et croup. (*Los avisos sanitar.*, 20 juin 1887).

Gordilla-Lozano (G.). — Angines diphtéritiques (*El dictamen*, 30 août 1887).

Gort. — Quelques mots sur la laryngite diphtéritique (*Bol. clinico de Lerida*, n° 15, 8 septembre 1887).

Grœn. — Dilatation aiguë du cœur et dégénérescence granuleuse du muscle cardiaque dans le cours d'une convalescence de diphtérie du larynx (*Norsk. Mag. for Laeger*, 1887, p. 640).

Lacklan Tyler. — Diphtérie et trachéotomie (*The Journ. of. amer. med. ass.* 27 août 1887).

Lange. — Traitement de la diphtérie (*Allgem. med. Centralb. Ztg.*, n° 62).

Lasnon. — De la thérapeutique de la diphtérie; exposé historique et critique (*Normandie méd.*, 15 août 1887).

Manero (E.). — Diphtérie. Réflexions sur son traitement, ses récidives et les paralysies qui lui sont consécutives (*La Fraternitad med. farmac.*, juin 1887).

Mercier. — L'angine couenneuse, sa guérison par le chloral (Besançon, 1887).

Mount Bleyer. — Bioxyde d'hydrogène, son administration sous la forme de vapeurs ozonisées dans la diphtérie et les maladies du pharynx, larynx etc. (*The med. Rec.*, N.-Y., 13 août 1887).

Munk (N.). — Influence de la température sur la mortalité par le croup dans les Pays-Bas (*Heidelberg Inaug. Dissert., Leiden P. W. M. Trap*, 1887).

Palardy. — Etude sur le traitement de la diphtérie (*Un. méd. du Canada*, nº 7., juillet, 1887).

Paquet. — Diphtérie. (*Clinique. Gazette méd. de Montréal*, mai 1887).

Perna de Salomo. — Croup, trachéotomie, guérison (*Cronica med. quirurg. de la Habana*, nº 7, juillet, 1887).

Quenell (R.). — Diphtérie circonscrite (*Brit. med. journ.*, 20 août 1887).

Sancho Martin. — Etude médicale sur la diphtérie, son traitement le plus efficace (*El Genio med. quirurg.*, 15 avril 1887).

Schrœtter. — Croup et diphtérie (suite) (*Allg. Wien. med Ztg*, nº 29, 19 juillet 1887).

Stefano (de). — Traitement de la diphtérie (*Gaz. degli ospit.*, nº 65, 14 août 1887).

Suss (A.). De la paralysie diphtérique du pneumo-gastrique (*Revue des maladies de l'enfance*, août 1887).

Tepton. — Croup diphtéritique, intubation par la méthode d'O'Dwyer. Guérison (*Alabama med. a. Surg. Journ.*, 1887, II, 331).

Thoinet. — Note sur l'étiologie de la diphtérie (*Revue d'hygiène*. 20 août 1887).

Tiraboschi. — Etiologie et pathogénie de la diphtérie (*Giorn. internaz. d. sc. med.*, nº 7, juillet 1887).

Teorday. — Un cas de diphtérie du larynx accompagné d'un emphysème sous-cutané considérable (*Archiv. f. Kinderheilk.*, VIII, 1887).

Varela. — Deux mots sur le traitement de la diphtérie. (*El Genio med. quir.*, 7 février 1887).

Valera y Jimenez. — Angine diphtéritique. (*El siglo med.*, 31 juillet 1887).

Walley (Th.). La diphtérie chez l'homme et chez les animaux (*Corresp. de The Lancet*, 27 août 1887).

X... Prophylaxie domestique de la diphtérie (*La Pratique méd.*, 23 août 1887).

Varia.

Aigre. — Tumeur de la glande thyroïde (*Revue mens. de laryng.*, nº 6, juin 1887).

Alvin. — De l'emploi de l'iodoforme pour combattre certaines dysphagies (*Loire méd.*, 15 sept. 1887, nº 9).

Brichetti. — Lympho-adénome du cou (*Milan*, 1887).

Cardone. — Hypertrophie du thyroïde coïncidant avec une atrophie de la rate (*Arch. ital. di lar.*, fasc. 4, octobre 1887).

Carle — De l'extirpation du goître (*Riforma med.*, nº 134, Naples, 1887).

Debove. — I. Hystérie et goître exophtalmique. II. Ulcère simple et rétrécissement cicatriciel de l'œsophage (*Soc. méd. des hôpit.*, 12 août 1887).

Dos (G.). — Etude de la toux (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, etc., nº 7, juillet 1887).

Dubrueil. — Goître kystique, maladie de Basedow, guérison (*Gaz. méd. de Paris*, 20 août 1887).

Duchesne — De la cocaïne, ses principales applications en thérapeutique (*Thèse Paris*, 1887).

Du Pré. — Goître suffocant (*Soc. des sc. méd. de Bruxelles, à la Clinique*, p. 571, 8 septembre 1887).

Fischer. — L'œsophagotomie dans les cas de corps étrangers (*Deuts. Zeitsch. f. Chirurgie*, XXV).

Fleming. — Thérapeutique de la coqueluche (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, n° 34, 1887).

Folinea — Du traitement chirurgical du goître (*La méd. contempor.*, n° 6, juin 1887).

Fraenkel (B.). — Discours d'ouverture lors de l'inauguration à l'Université Royale de la polyclinique des maladies de la gorge et du nez (*Egypt. Deutsch. med. Woch.*, n° 23, 1887).

Frænkel. — Varices de l'œsophage (*Aerztl. Verein zu Hamburg*, 17 mai 1887, *Deuts. med. Woch.*, n° 34, 25 août 1887).

Hartley. — Thyroïdectomie (*N.-Y. med. Journ.*, 16 juillet 1887).

Jacquemart. — Communication à propos d'un nouveau serre-nœud galvanique (*Revue mens. de laryng.*, etc., n° 8, août 1887).

Keller. — Paralysie de l'accessoire (*Aerztl. Verein in Kœln*, et *Deuts. med. Wochensch.*, 2 sept. 1887).

King (Ed.). — Corps étranger de l'œsophage, ablation (*The Canadian pract.*, août 1887).

Kurz (E.). — Constriction de l'œsophage. Mort. Consécutive à une pleurésie avec perforation (*Deuts. med. Wochensch.*, n° 34, 25 avril 1887).

Landauar. — Une observation de myxœdème (*Thèse Paris*, 1887).

Langerham (R.). — Un cas de muguet de l'œsophage avec inflammation de la muqueuse (*Archiv. f. pathol. anat.*, etc., août 1887).

Liègeois. — Traitement du goître exophtalmique (*Revue génér. de Clin. et de Thérap.*, 8 septembre 1887).

Lima et de Mello. — De la coexistence de certaines formes de lèpre avec des manifestations du côté des yeux, du nez et des oreilles (*Monats. f. prakt. Dermat.*, nos 13-14, 1887).

Marcil. — Parotidectomie (*Union méd. du Canada*, n° 8, août 1887).

Marcan (E.). — Kyste du corps thyroïde (*Gaz. med. di Roma* 15 août 1887).

Mermod. — Dilatation diffuse de l'œsophage sans rétrécissement organique (*Rev. med. de la Suisse romande*, juillet 1887).

Mermod. — De l'électrolyse dans le traitement de quelques affections de la peau et des muqueuses (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, fév. 1887).

Mets. — Goître exophtalmique, formes frustes (*Soc. de méd. d'Anvers, in Le Scalpel*, n° 6, 7 août 1887).

Mœbius (P. J.). — Nature de la maladie de Basedow (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, n° 8, 1887).

Mühe. — Un cas de fistule congénitale du cou (*Münch. med. Woch.*, n° 31, 2 août 1887).

Mygind (H.). — Nouvelle méthode pour inhaler le nitrate d'argent (*The Journ. of Laryng.*, n° 9, septembre 1887).

Ochel. — Statistique de cas de strume et de cachexie strumiprive (*Thèse de Berlin*, 1887).

Packhard (J.). — Rétrécissement de l'œsophage au début (*Philad. med. Times*, p. 727, 6 août 1887).

Paget. — De la parotidite secondaire, consécutive aux blessures ou aux affections des organes pelviens (*Wien. med. Blatter*, 22-23, 1887).

Perry. — Enclavement d'un os dans l'œsophage (*Glasgow med. Journ.*, avril 1887).

Peterson (F.). — Maladie de Basedow (*The med. Rec.*, 20 août 1887).

Pager. — De la parotitide catarrhale épidémique (*Wien. med. bl.*, n° 10, p. 302, 1887).

Rabl. — De la contagion congénitale tardive (*Anzeiger*, 21 fév. 1887).

Ricci. — Contribution à l'étude de la coqueluche (*Typogr. démocratique*, Forti, 1887).

Sanquirico et Onechia. — Conséquences de l'extirpation de la thyroïde chez l'agneau (*Bollet. delle sc. med.*, 1887).

Sainte-Marie. — Contribution à l'étude de la maladie de Basedow (*Thèse, Paris*, 1887).

Schadewaldt. — Localisation des sensations dans les organes du cou (*Deuts. med. Woch*, n° 32, 11 août 1887).

Silvestrini.— Gangrène pulmonaire consécutive à un épithelioma de l'œsophage (*Bollet. delle clin.*, n° 8, 15 août 1887).

Somma. — Derniers progrès de la thérapeutique dans la coqueluche (*Progresso med.*, an. I, n° 2 et suiv., Naples, 1887).

Sota y Lastra (R.). — Un os enclavé à l'union du tiers supérieur et moyen de l'œsophage. Œsophagotomie externe, guérison (*Revue mens. de laryng.*, n° 9, septembre 1887).

NOUVELLES

La reine Victoria vient de conférer le titre de chevalier à M. le Dr Morell-Mackensie, par reconnaissance pour les soins qu'il a donnés au Kronprinz.

Congrès international de Washington

SECTION DE LARYNGOLOGIE.

La section s'est réunie le lundi 5 septembre, à deux heures de l'après-midi, sous la présidence de M. Daly, de Pittsburg (1) :

MM. Lennox-Browne, Prosper James, Mc Neil Whistler, de Londres; J. Baratoux, Bouchut, Charazac et Moura, de France; Dehio, de Dorpat (Russie); Duncanson, d'Ecosse; Desvernine, de la Havane; Gruber et Schnitzler, de Vienne; Hartmann, de Baltimore; Rosenbach, de Breslau; Shurly, de Détroit; Woolen, d'Indianopolis; Laborde, de Séville et Roé, de Rochester, ont été nommés vice-présidents.

MM Donnis et Toole, de San-Francisco; Blaikie, d'Edimbourg; Benham, de Pittsburg; Casselberry, L. Curtis, J. Ingals et A. J. Coey, de Chicago; H. Curtis, de New-York; R. Ellis, de Newcastle on Tyne; H.-E. Hayd, de Buffalo; Th. Hering, de Varsovie; Mackern, de Buenos-Ayres et Pearson, de Baltimore, ont été nommés membres du Conseil.

Ont été élus secrétaires : Pour l'Amérique : MM. Porter et Rankin; pour l'Allemagne : O. Chiari, de Vienne; pour la France : E. J. Moure, de Bordeaux.

(1) Nous avons, du reste, commencé la publication du compte rendu des séances. (Voir p. 564).

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

ARCHAMBAULT (R.). — Des manifestations laryngées aiguës du rhumatisme (Paris, Davy impr. 1886).

ARCHAMBAULT. — Pièce de 50 centimes tombé dans le larynx (Extr. de la *Gaz. des hôp.*, 1887).

BARON BARCLAY (J.). — Hoarseness and loss of voce (*Bristol. med. chir. journ*, sept. 1887).

BRESGEN (Max.) — I. Tuberculose oder Lupus der Nasenchleimhaut? etc. — II. Laryngoscopie (Separatabd. a. d. Real. Eucyclop. d'Albert, Eulenburg), — III. Larynx (Anatomisch) (Separatabd. a. d. Real. Encyclop. d'Albert. Eulenburg).

BUCK (A.-I.). — Two papers on topics relating to aural pathology and treatement (N.-Y., 1886). — II. Chronic catarrhal inflamation of the middle ear (N.-Y., 1887).

CHAUVET. — Des indications des eaux de Royat dans les affections pulmonaires (Paris, Lévi, édit., 1887).

COUPARD. — Les tumeurs adénoïdes du pharynx et les laryngites striduleuses (Paris, 1887).

DUPONT (G.). — Etude sur la syphilis du nez et des fosses nasales, accidents primitif et secondaires (Paris, O. Doin, édit., 1887).

FLETCHER-INGALS. — Intubation of the larynx (Reprint. f. *The N-Y. med. Journ*, 1887).

GELLÉ. — Physiologie de l'audition fonction du limaçon, rôle du limaçon osseux (Paris, 1887).

GLASCOW (W.). — The etiology and mecanisme of asthma (*The amer. journ. of med. Sc.*, 1887).

HARTMANN. — Ueber croup der Nasenschleimhaut, rhinitis fibrinosa (Separatabd. a. d. *Deuts. med. Woch.*, 1887).

KIRCHNER. — Ueber Labyrintherkrankungen (Aus d. Sitzungsb-der Wurzb. phys. med. Ges., 1887). — Ueber Divertikelbildurg in der tuba Eustachii des menschen (Leipzig, 1887).

LENNOX-BROWNE. — The Throat and its diseases (Colored plates, 2e édit., Londres, Baillière Tindall et Co, éd., 1887).

NOQUET. — I. Cousidérations sur les tumeurs adénoïdes. II. Corps étrangers de l'oreille ayant provoqué une otite externe diffuse (Lille, 1887).

SOTA Y LASTRA (Ramon). — Laryngitis hemorragica (Séville, 1887).

SAINT-PHILIPPE (R.). — De l'allaitement par le nez, son utilisation dans la pratique (Bordeaux, 1887).

SCHMIEGELOW. — Anden Beretning fra Kommunehospitalets Klinik for re, Nase-og Hals-Sygdomme (Copenhague, 1 cohens Bogtrykkeri, 1887).

SENESSE (H.). — Traitement local de la phtisie laryngée (*Thèse, Bordeaux*, 1887).

VILLEDARY. — Contribution à l'étude des varices nasales et leur traitement (*Thèse Bordeaux*, 1887).

PUBLICATIONS DE LA REVUE

J. Baratoux. — *De la perforation du tympan, de ses cicatrices; moyens d'y remédier*, in-8, 16 pages ..... 1 »

J. Baratoux. — *De la gastroscopie et de l'œsophagoscopie*, in 8°, 15 pages avec figures en noir ..... fr. 1 50

J. Baratoux. — *Otologie, pathologie et thérapeutique générales de l'oreille, diagnostic*, in-8°, 108 pages avec des figures en noir ..... fr. 3 50

J. Baratoux. — *De l'Électrolyse ou de la Galvanocaustique de la Trompe d'Eustache*, in-8° 12 pages ..... fr. » 75

Baratoux. — *De la Syphilis de l'oreille*, in-8°, 130 pages ..... fr. 2 50

L. Bayer. — *Deux cas de Mycosis tonsillaire, lingual et pharyngien*, in-8, 5 pages.. » 50

L. Bayer. — *De l'influence de l'appareil sexuel de la femme sur l'organe vocal et sur la formation de la voix*, in 8°, 16 pages ..... fr. 1 25

L. Bayer. — *Kystes osseux de la cavité du nez*, in-8°, 9 pages ..... fr. 0 50

Boucheron. — *De la Surdi-Mutité par Otopiésis ou Compression auriculaire*, in-8° de 36 pages, avec une planche en noir ..... fr. 1 50

Charazac. — *Les Fibres abductrices des récurrents sont-elles toujours affectées les premières*, in-8°, 8 pages ..... fr. 0 75

O. Chiari. — *Des néoplasmes de la cloison des fosses nasales*, in-8°, 12 pages avec gravures ..... fr. 0 75

Délie, d'Ypres. — *Hoquet et spasmes pharyngo-laryngés*, in-8°, 24 pages ..... fr. 1 50

A. Ducau. — *Cliniques Otologiques du Docteur E. J. Moure. Sur quelques maladies de l'oreille*, in-8°, 24 pages ..... fr. 1 50

Eeman. — *Myxome hyalin de la corde vocale inférieure gauche. — Syphilome de deux cordes vocales inférieures*, in-8° 16 pages ..... fr. 0 75

Ch. Fauvel. — *Histoire d'une balle retrouvée dans le Larynx*, 22 pages avec des figures en noir ..... fr. 1 25

H. Guinier. — *Des conditions physiologiques de la laryngoscopie*, in 8° ..... fr. 2 15

H. Guinier. — *Contribution à l'étude des tumeurs éphémères ou non permanentes du larynx*, in-8, 17 pages ..... fr. 1 25

Guinier. — *Du Mycosis bénin de l'arrière-gorge*, in-8°, 12 pages ..... fr. 0 50

Th. Hering. — *De la pharyngite chronique en général et de la pharyngite latérale en particulier*, in-8°, 18 pages ..... fr. 1 25

Th. Hering. — *De l'emploi de l'Acide chromique pour la cautérisation dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx*, in-8°, 20 pages ..... fr. 1 25

Th. Hering. — *Des corps étrangers égarés dans le larynx et l'œsophage* in-8° 16 pages. fr. 1 25

Th. Hering. — *Contribution à l'étude des érosions dites catarrhales et de leur rapport avec la tuberculose du larynx*, in-8° 20 pages ..... fr. 1 25

Joal. — *De l'angine sèche et de sa valeur séméiologique dans la glycosurie et l'albuminurie*, in-8°, 4[illegible] pages ..... fr. 1 50

Joal. — *Etude sur les fluxions de la muqueuse laryngée*, in-8° 40 pages ..... fr. 1 75

Koch. — *Du Laryngo-Typhus*, in-8°, 20 pages ..... fr. 1 25

Lichtwitz. — *Des troubles de la voix articulée (parole) dans les affections du voile du palais, de la cavité naso-pharyngienne et des fosses nasales* in-8°, 32 pages ..... fr. 1 50

Lichtwitz. — *Des Zones hystérogènes observées sur la muqueuse des voies aériennes supérieures et des organes des sens*, in-8°, 8 pages ..... fr. 0 75

Masseï. — *Cocaïne et chorée du larynx*, in-8°, 8 pages ..... fr. 0 50

Masséi. — *Traitement local de la tuberculose laryngée (période ulcéreuse), par les moyens chirurgicaux*, in-8°, 8 pages ..... fr. 0 50

Ménière. — *Des Bourdonnements d'oreille dans les maladies de l'estomac*, in-8°, 12 p. 0 75

Moura. — *Laryngométrie.— Conditions anatomo-physiologiques de la voix humaine*, in-8°, (Sous presse) ..... fr.

E. J. Moure. — *Etude sur les Kystes du Larynx*, grand in-8° de 100 pages avec des figures en noir dans le texte ..... fr. 3 50

E. J. Moure. — *Recueil clinique sur les Maladies du Larynx*, grand in-8° de 108 pages, avec figures en noir dans le texte ..... fr. 3 50

E. J. Moure et J. Baratoux. — *De l'emploi du Chlorhydrate de cocaïne*, in-8°, 8 pages ..... » 50

Moure. — *Sur un cas de Fibro-Sarcome primitif de la fosse nasale droite*, in-8°, 10 p. 0 75

Noquet. — *Un cas de syphilides papulo-érosives hypertrophiques. — Deux cas de corps étranger de l'oreille*, in-8°, 12 ..... fr. » 75

Schiffers. — *Contribution à l'étude du Cancer du larynx*. In-8° 20 pages. . . fr. 1 25

Schiffers. — *De l'Hémiatrophie de la langue*, in-8°, 8 pages ..... fr. 0 75

Schmiegelow. — *Tumeurs malignes primitives du nez*, in-8°, 22 pages ..... fr. 1 25

Schmiegelow. — *Quelques cas assez rares de perforation de la cloison nasale*, in-8°, 8 pages avec fig ..... fr. 0 75

Sota (Ramon de la). — *Croup. Trachéotomie. Extraction d'une grande fausse membrane de la trachée et des bronches. Mort*, in-8° 6 pages ..... fr. 0 50

Pour recevoir l'un de ces ouvrages il suffit d'en adresser le montant au Bureau de la REVUE ou à l'Editeur.